



Population Reports



Foto: AFP/PO

Temas principales

¿Por qué son mejores los intervalos más largos?.....	7
El espaciamiento: es cuestión de elegir.....	7
Las mujeres quieren intervalos más largos.....	9
Cómo medir los intervalos.....	10
La demanda para el espaciamiento es grande.....	12
Las defunciones infantiles contribuyen a acortar los intervalos.....	14
Las prácticas tradicionales pueden ayudar.....	17
Los programas de salud pueden diseminar el mensaje.....	17

Contenido

Resumen de los editores.....	1
Exploración de los nuevos hallazgos.....	3
Los intervalos genésicos reales frente a los preferidos	8
La anticoncepción destinada a espaciar los nacimientos.....	11
¿Quién tiene intervalos más cortos?.....	14
Cómo pueden los programas ayudar a las parejas a espaciar los nacimientos.....	17
Bibliografía.....	21

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volumen XXX, Número 3
Verano de 2002

Espaciamiento de los nacimientos

Con intervalos de tres a cinco años, más vidas a salvo

Las parejas que espacian los nacimientos de sus hijos con intervalos de 3 a 5 años contribuyen a aumentar las probabilidades de supervivencia de los hijos y también las de las madres. Muchas mujeres quieren dejar intervalos más largos que los actuales. Los programas pueden ayudarlas a lograrlos.

Las investigaciones han demostrado constantemente que, cuando las madres dejan transcurrir por lo menos 2 años entre cada nacimiento, los hijos tienen más probabilidad de sobrevivir y estar sanos. Muchos programas han recomendado intervalos de 2 años: en las encuestas la mayoría de las mujeres dicen que lo mejor es dejar un intervalo de 2 años entre cada nacimiento.

Nuevos estudios muestran ahora que los intervalos más largos son aún mejores para la supervivencia y salud infantil y también para la supervivencia y salud materna. La probabilidad de supervivencia de los niños nacidos 3 a 5 años después de un nacimiento anterior es 2,5 veces mayor que la de los niños nacidos después de un intervalo menor de 2 años.

Nuevos hallazgos

En un estudio realizado en 2002 por el programa de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) se encontró que los niños nacidos 3 ó más años después de un nacimiento previo son más sanos al nacer y tienen más probabilidad de sobrevivir en todas las etapas de la infancia y la niñez hasta los cinco años. En el estudio se utilizaron datos de las EDS correspondientes a 18 países de cuatro regiones y se evaluaron los resultados de más de 430.000 embarazos.

Entre los resultados: en comparación con los niños nacidos antes de que hubieran transcurrido 2 años desde el nacimiento anterior, los niños nacidos 3 a 4 años después de un nacimiento anterior tienen una probabilidad:

- 1,5 veces mayor de sobrevivir la primera semana de vida;
- 2,2 veces mayor de sobrevivir los primeros 28 días de vida;
- 2,3 veces mayor de sobrevivir el primer año de vida; y
- 2,4 veces mayor de sobrevivir hasta los cinco años de edad.

Las madres también se benefician

En un estudio llevado a cabo en 2000 por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano se refuerzan los hallazgos de las EDS con los datos obtenidos de más de 450.000 mujeres. También proporciona indicios de que la salud de las madres mejora si se alarga el intervalo entre los nacimientos. Al compararse con las mujeres que tuvieron sus hijos en intervalos de 9 a 14 meses, las que los tuvieron con intervalos de 27 a 32 meses tienen una probabilidad:

- 1,3 veces mayor de evitar la anemia;
- 1,7 veces mayor de evitar las hemorragias del tercer trimestre; y
- 2,5 veces mayor de sobrevivir al parto.

La razón por lo cual los intervalos más cortos entre los nacimientos ponen más en riesgo a las criaturas y las madres no ha sido comprendida en su totalidad, pero los investigadores sugieren factores tales como el síndrome de agotamiento materno, el parto prematuro, la disminución de la leche y la rivalidad entre los hermanos.

Algunos estudios sugieren, que los intervalos más cortos entre los nacimientos probablemente no le dejen a la madre tiempo suficiente para restaurar las reservas nutricionales necesarias. El retraso del crecimiento fetal y el parto prematuro pueden resultar en bajo peso al nacer y mayor riesgo de muerte.

Qué pueden hacer los programas

Los intervalos entre los nacimientos son más cortos de lo que preferirían las mujeres. Si estas consiguieran alargar esos intervalos de acuerdo a sus deseos, la mortalidad infantil declinaría. Es muy grande aún la necesidad insatisfecha de espaciamiento de los nacimientos. La mitad de la demanda potencial total de anticonceptivos es para el espaciamiento. Si se abordara la necesidad insatisfecha de espaciamiento se ayudaría a millones de mujeres a lograr sus objetivos en materia de planificación familiar.

Las campañas de comunicación han comenzado a transmitir el mensaje del espaciamiento por 3 años. En los mensajes puede destacarse que la espera de 3 años entre un nacimiento y otro es evidentemente mejor para la supervivencia del niño, mientras que un intervalo más largo es aún mejor. Algunos han sugerido que se aconseje que la mujer practique la anticoncepción hasta que el hijo menor tenga entre dos y cuatro años de edad. Quizá convenga poner el acento en ciertos beneficios sociales, como más ahorros y tiempo para las parejas, lo que tal vez les resulte aún más atractivo que los beneficios para la salud. Los servicios pueden centrarse más en las mujeres que quieren postergar el embarazo siguiente. Pueden garantizar que las mujeres que deseen espaciar los nacimientos han de tener atención continua, una variedad completa de métodos y una fuente segura de suministros. Los proveedores de servicios de planificación familiar y de atención de salud materno-infantil pueden trabajar en colaboración para ayudar a las mujeres a dejar los intervalos que prefieran entre los nacimientos.

Este informe fue preparado por Vidya Setty-Venugopal, MPH, y Ushma D. Upadhyay, MPH. Bryant Robey, Redactor. Stephen M. Goldstein, Gerente de Redacción. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez y Deborah Maenner.

Population Reports agradece la asistencia de los siguientes revisores: Bruno Benavides, Annette Bongiovanni, Agustín Conde-Agudelo, John Coury, Rita Giacaman, Bernard Guyer, Michelle Hindin, William H. Jansen, Miriam H. Labbok, Virginia Lamprecht, Ronald Magarick, Namrata Mathema, Maureen Norton, John M. Pile, María Isabel Plata, Malcolm Potts, Shea Rutstein, Pramilla Senanayake, Shalini Shah, Wendy Sigle-Rushton, Bulbul Sood, J. Joseph Speidel, Isabel Stout, Anne Tinker, John W. Townsend, Ravi K. Verma y Scott Wittet.

Population Information Program Center for Communication Programs The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Profesora y Directora, **Center for Communication Programs** e Investigadora Principal, **Population Information Program (PIP)**

Ward Rinehart, Director de Proyectos, PIP
Linda D. Sadler, Directora de Redacción de Ediciones en Idiomas Extranjeros de **Population Reports**

Anne W. Compton, Directora Adjunta, PIP, y Jefa de los Servicios Bibliográficos Computarizados POPLINE

Hugh M. Rigby, Director Asociado del PIP y Jefe del Centro de Materiales de Comunicación

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (winter, spring, summer, fall) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland, and other locations. Postmaster to send address changes to **Population Reports**, Population Information Program, Johns Hopkins Center for Communication Programs, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports fue ideado para proporcionar información general, precisa y experta con respecto a los desarrollos importantes en el campo de la planificación familiar y otros temas de salud afines. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y de GH/POP/PEC, bajo los términos de la Subvención No. HRN-A-00-97-00009-00.



Exploración de los nuevos hallazgos

Los nuevos estudios muestran que la espera de 3 años entre los nacimientos es aún mejor para los niños que los intervalos de 2 años. Los niños nacidos 3 a 5 años después de un nacimiento anterior tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de sobrevivir hasta los cinco años de edad que los niños nacidos en intervalos de 2 a 3 años, y una probabilidad aproximada 2,5 mayor de sobrevivir que los niños nacidos en intervalos menores de 2 años. Las mujeres que dejan intervalos de 3 a 5 años entre los nacimientos no solo tienen bebés más sanos, sino que ellas mismas gozan de mejor salud.

Por largo tiempo se ha sabido que si se evitan los nacimientos muy seguidos la salud del niño se beneficia. Se consideraba que el intervalo de dos años era el "intervalo saludable" y se lo promovía ampliamente. En numerosos estudios se encontró que los niños nacidos por lo menos con 2 años de diferencia tenían más probabilidades de sobrevivir que los nacidos en intervalos menores de 2 años (53, 69, 70, 99, 100, 111, 112, 130, 175, 200). Además, es menos probable que las criaturas que nacen al menos 2 años aparte sean prematuras (56, 94, 110, 213), tengan bajo peso al nacer (61, 97, 109, 110) y estén malnutridas (110, 114). Las probabilidades de supervivencia del niño siguiente al más pequeño también mejora cuando media por lo menos un intervalo de 2 años entre los dos (74, 90, 102, 115, 153).

Resultados del estudio de las EDS

Los nuevos resultados obtenidos en 2002 por los investigadores de las Encuestas Demográficas y de Salud muestran que los niños nacidos 3 a 5 años después de un nacimiento anterior son más sanos al nacer y tienen más probabilidad de sobrevivir en todas las etapas de la infancia y la niñez y de llegar a los 5 años que los niños nacidos antes de transcurridos 3 años desde el nacimiento anterior (ver la figura 1). En el estudio se analizaron más de 430.000 embarazos en 18 países y se compararon los niños nacidos en intervalos de 3 a 4 años con los nacidos en intervalos de menos de 2 años, entre 2 y 3 años, entre 4 y 5 años y en intervalos de 5 años o más (159, 161).

Además del espaciamiento de los nacimientos, hay numerosos factores que influyen en la supervivencia y salud de los niños, entre ellos, la educación de la madre y si esta buscó o no atención prenatal y con cuánta frecuencia. En los estudios realizados anteriormente sobre los intervalos que median entre los nacimientos ha sido posible explicar algunos de estos factores de confusión, pero no todos. En el nuevo estudio de las EDS se controlaron, o explicaron, las diferencias existentes en las variables demográficas y socioeconómicas, las diferencias en la atención prenatal, el sexo y supervivencia del niño anterior y otros factores que influyen en la supervivencia y salud infantil (159, 161).

En el estudio también se examinaron por separado los confusos efectos del amamantamiento en la mortalidad infantil y el espaciamiento de los nacimientos. El hecho de que la madre dé el pecho o no y por cuánto tiempo influye en las probabilidades de supervivencia del hijo. El control estadístico de los efectos de la lactancia materna permite que

los investigadores estén más seguros de que, más bien que la lactancia materna, son los intervalos entre nacimientos sucesivos los que están relacionados con la supervivencia infantil. El análisis muestra que los niños que dejan de tomar el pecho corren mayor riesgo de morir. No obstante, cuando se controla estadísticamente la lactancia materna, se observa poco o ningún cambio en la conexión entre los intervalos entre nacimientos y la supervivencia infantil. Los niños nacidos menos de 3 años después del nacimiento anterior aún corren un riesgo más alto de morir que los niños nacidos en intervalos de 3 a 4 años o en intervalos de 4 a 5 años, después de tenerse en cuenta el amamantamiento.

En el estudio de las EDS se encontró que, cuando la madre espacia el nacimiento de su hijo con un intervalo de 3 a 5 años después del nacimiento anterior, en lugar de un intervalo de menos de 3 años, la criatura tiene más probabilidad de sobrevivir en cada etapa del desarrollo, el período perinatal (desde las 28 semanas de la gestación hasta la primera semana de vida inclusive), el período neonatal temprano (la primera semana de vida), el período neonatal (los primeros 28 días de vida), desde el nacimiento hasta los 12 meses inclusive, y hasta cumplidos los cinco años de edad (159, 161) (ver el cuadro 1).

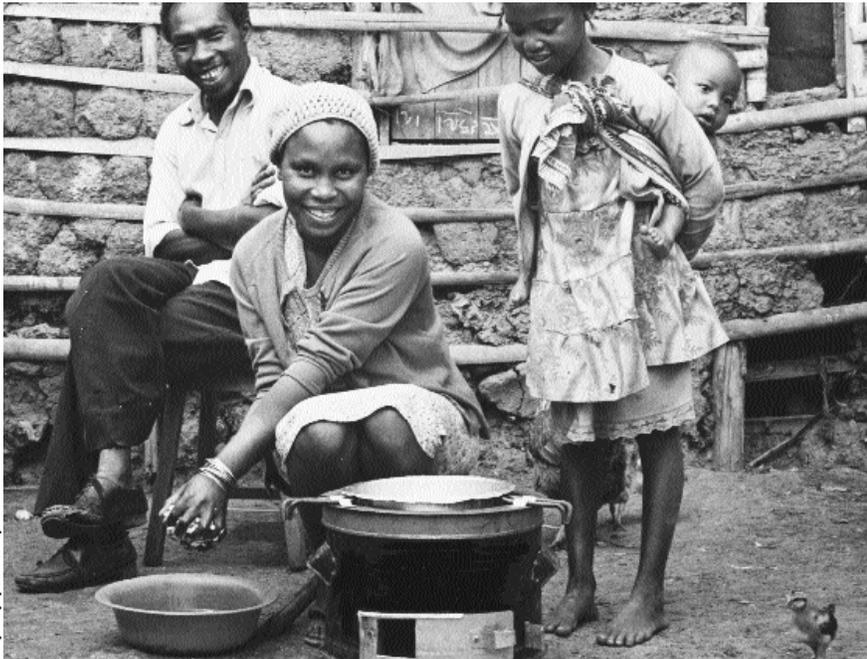
Los niños nacidos 3 a 5 años después de un nacimiento anterior no solo tienen más probabilidad de sobrevivir, sino también menos probabilidad de estar malnutridos durante la infancia y la niñez hasta cumplidos los 5 años. Los niños nacidos después de un intervalo de 3 años o más desde el nacimiento anterior experimentan menos falta de crecimiento (baja estatura para la edad) y delgadez (bajo peso para la edad) que los nacidos después de un intervalo menor de 3 años (161).

La mortalidad infantil y de los niños menores de cinco años es un serio problema mundial (ver el cuadro 2). En el estudio de las EDS se estima que en todos los países podrían sobrevivir anualmente miles de niños más si todas las mujeres espaciaran por al menos 3 años los nacimientos. En Nigeria, por ejemplo, la mortalidad infantil podría bajar de 75 defunciones por 1.000 nacimientos a 54 defunciones, lo que sería una



Le Clifton, cofundador de The David and Lucile Packard Foundation

Esta madre descansa junto a su hijo recién nacido en un dispensario de Nigeria. Los nuevos resultados muestran que los intervalos genésicos más largos son mejores para la salud. Si todas las mujeres de Nigeria espaciaran los nacimientos por al menos 3 años, la mortalidad infantil podría descender de 75 defunciones por 1.000 nacimientos a 54 defunciones por 1.000 nacimientos.



Hugh Ribey para IAH/ACCF

Como ocurre con esta familia de Kenya, el espaciamiento de los nacimientos puede contribuir a mejorar las probabilidades de supervivencia y buena salud de los niños y sus madres y a aumentar los recursos de la familia.

declinación del 28%, si todas las mujeres espaciaran los nacimientos por al menos 3 años. La mortalidad de los niños menores de cinco años podría bajar de 140 defunciones por 1.000 nacimientos a 108 defunciones, lo que significaría una declinación del 23% (162).

De manera similar, en Pakistán la mortalidad infantil podría descender de 90 defunciones por 1.000 nacimientos a 55 defunciones —una declinación del 39%— si todas las mujeres espaciaran los nacimientos con intervalos de 3 años por lo menos. La tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años podría bajar de 117 defunciones por 1.000 nacimientos a 63 defunciones, una declinación del 46% (160).

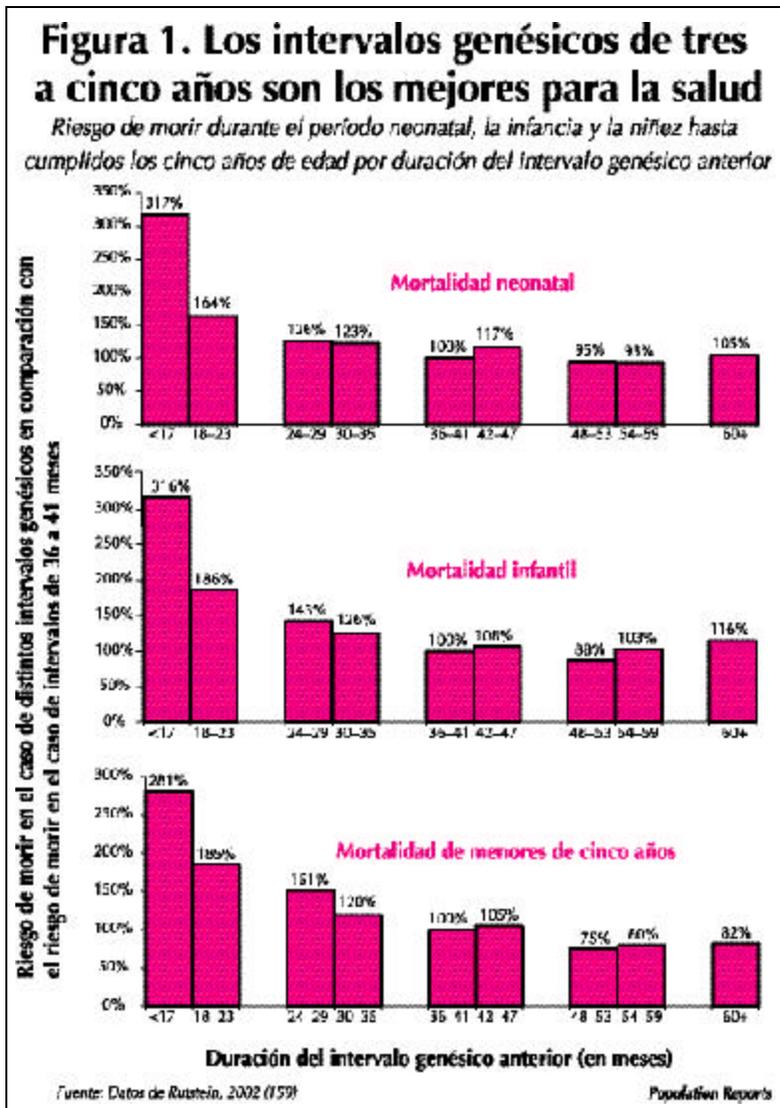
Resultados del estudio de CLAP

Los nuevos resultados de un estudio realizado en 2000 en América Latina es prueba de que los intervalos de 3 a 5 años entre los nacimientos son también convenientes para la salud de las madres (38). El estudio llevado a cabo por el Centro Latino-

americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) es el estudio más grande dedicado a evaluar cómo influye el espaciamiento de los nacimientos en la salud de las madres mediante datos obtenidos de más de 450.000 mujeres. En el estudio se empleó una variedad de indicadores de la salud materna y se controlaron estadísticamente numerosos factores de confusión. En investigaciones anteriores los beneficios que brindan a las madres los intervalos más largos entre los nacimientos resultaban menos claros que los beneficios para los hijos. En algunos estudios se encontró que los intervalos menores de 2 años ponen en riesgo la salud de las madres (44, 101, 167, 173). No se encontró esto en otros estudios (55, 154).

En el estudio de CLAP se reunieron y analizaron datos recopilados de registros hospitalarios entre 1985 y 1997 en 19 países de América Latina y el Caribe. Los datos cubren una variedad de indicadores, inclusive las características sociodemográficas de las madres, la historia reproductiva de estas, la atención sanitaria recibida durante el embarazo y el parto y su salud y supervivencia después del parto. Se trata de un estudio hospitalario que representa menos del 2% de todos los nacimientos registrados en América Latina y el Caribe. Si bien los datos provienen de una variedad de hospitales y fueron recopilados por numerosos proveedores de atención de salud, en cada hospital un empleado asignado para esta tarea los estandarizó y les dio entrada en la base de datos e inspeccionó inmediatamente con los médicos o enfermeras del hospital los problemas que presentaban los datos (38).

Otro estudio de CLAP refuerza los resultados del estudio de las EDS sobre el espaciamiento de los nacimientos y la salud del recién nacido (36, 39). En el estudio se utilizaron datos tomados de los registros de los mismos hospitales de más de 1 millón de embarazos ocurridos entre 1985 y 2000 y se investigó de qué manera los intervalos entre los embarazos pueden influir en la salud desde las 28 semanas de



gestación hasta la primera semana de vida inclusive. En el estudio se controlaron estadísticamente las características demográficas y socioeconómicas de las mujeres así como la salud y supervivencia de los hijos anteriores.

El estudio de CLAP da a conocer datos sobre los intervalos entre cada embarazo, o sea el tiempo transcurrido entre el final de un embarazo y el comienzo del siguiente, en lugar de los intervalos entre cada nacimiento (intervalo genésico), como en el estudio de las EDS. Puesto que el estudio de CLAP se centra en los embarazos más bien que en los nacimientos, da cuenta de los embarazos que terminan en abortos espontáneos o inducidos. Si se añaden 9 meses al intervalo entre cada embarazo, se obtienen datos comparables a los intervalos genésicos. **Population Reports** ha convertido estos intervalos entre cada embarazo en intervalos genésicos para mantener la coherencia de los datos a través de todo este informe. En el estudio de CLAP también se presentaron los datos en meses en lugar de años, convención esta que se mantiene en el presente informe. Tanto en el estudio sobre las madres como en el de los niños se compararon los intervalos genésicos de 27 a 32 meses con intervalos más cortos y más largos (36, 38).

Supervivencia y salud materna. Las mujeres que dan a luz 27 a 32 meses después de un nacimiento anterior tienen más probabilidad de sobrevivir al embarazo y el parto que las mujeres que dan a luz después de intervalos muy cortos (9 a 14 meses) o muy largos (69 meses o más). Esas mujeres también gozan de mejor salud durante el embarazo e inmediatamente después de este (ver el cuadro 3 en la pag. 6).

Si se comparan las mujeres con intervalos genésicos de 27 a 32 meses con las mujeres que vuelven a dar a luz solo 9 a 14 meses más tarde, las primeras tienen menos probabilidad de experimentar hemorragias del tercer trimestre, e inclusive placenta previa (cuando la placenta se inserta en el segmento inferior del útero y sangra) y desprendimiento de la placenta (cuando la placenta sangra, independientemente del lugar), la ruptura prematura de las membranas (desgarro del saco amniótico que rodea al feto), anemia y endometritis puerperal (infección del útero después del embarazo). Además, las mujeres con intervalos genésicos de 27 a 32 meses tienen menos probabilidad que las mujeres con intervalos genésicos de 69 meses o más de experimentar preeclampsia (hipertensión inducida por el embarazo y altos niveles de proteína en la orina), eclampsia (convulsiones o ataques con hipertensión inducida por el embarazo y altos niveles de proteína en la orina) y diabetes mellitus gravídica (altos niveles de glucosa en la sangre durante el embarazo).

Cuadro 1. Supervivencia y salud infantil: resultados del estudio de las Encuestas Demográficas y de Salud, 1992-1997

Riesgo de defunción y de problemas de salud relativo al riesgo para los niños nacidos 3 a 4 años después del nacimiento anterior, por intervalos genésicos*

Período de la vida del niño	Intervalos genésicos (en meses)								
	<24	24-35	36-47	48+					
Perinatal¹	137%	105%	Grupo comparativo (100%)	140%					
Mortinato²	131%	108%		179%					
Neonatal temprano³	152%	113%		119%					
	<17	18-23	24-29	30-35	36-41	42-47	48-53	54-59	60+
Neonatal⁴	317%	164%	126%	123%		117%	95%	93%	105%
Menor de un año de edad⁵	316%	186%	143%	126%		108%	88%	103%	116%
Menor de cinco años de edad⁵	281%	185%	151%	120%	Grupo comparativo (100%)	105%	75%	80%	82%
Indicadores de la salud del niño									
Falta de crecimiento	140%	122%	128%	120%		93%	97%	82%	79%
Delgadez	146%	120%	129%	111%		112%	95%	92%	78%

*La mortalidad perinatal, los mortinatos y la mortalidad neonatal temprana se analizaron por año y no por mes. En el análisis no se separaron los intervalos de 4 a 5 años de los intervalos de 5 años o más. Los intervalos de 4 a 5 años no parecen beneficiar más la salud que los intervalos de menos de 3 años porque la mortalidad más alta de los niños nacidos después de 5 años abulta el riesgo.

Nota: los factores de confusión tenidos en cuenta incluyen la duración del intervalo genésico anterior, el sexo de la criatura, el orden de nacimiento, la edad de la madre al dar a luz, la supervivencia del hijo anterior en el momento de nacer el niño que le sigue, el tipo de proveedor de atención prenatal, la oportunidad de la atención prenatal, el número de vacunas antitetánicas prenatales, la residencia urbana o rural, la educación de la madre, el índice de patrimonio familiar, el tipo de persona que presta asistencia en el parto, si se deseaba o no el niño y si el nacimiento fue el resultado de la falla del método anticonceptivo.

¹Desde 28 semanas de la gestación hasta la primera semana de vida inclusive. Datos combinados de 18 países.

²Datos combinados de 18 países.

³La primera semana de vida. Datos combinados de 18 países.

⁴Los primeros 28 días de vida. La diferencia en el riesgo de defunción y problemas de salud es estadísticamente significativo en 14 de los 17 países estudiados, $p < 0,001$ en todos los países excepto Tanzania ($p < 0,01$) y las Filipinas ($p < 0,05$). El valor p mide la probabilidad. Un valor $p < 0,001$ indica que hay una probabilidad menor del 0,1%, o de 1/1000 de que la diferencia del riesgo se deba a la casualidad solamente.

⁵La diferencia en el riesgo de defunción y problemas de salud es estadísticamente significativo en los 17 países estudiados ($p < 0,001$).

Fuente: Rutstein, 2002 (159, 161)

Population Reports

Cuadro 2. Mortalidad de niños lactantes y menores de cinco años de edad, 1999-2001

Defunciones por 1.000 nacidos vivos

Región y país	0-5 años de edad		Región y país	0-5 años de edad	
	Niños	de edad		Niños	de edad
ÁFRICA SUBSAHARIANA			EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL		
Burkina Faso	105	219	Armenia	36	39
Etiopía	97	166	Georgia	43	46
Gabón	57	89	Kazajstán	62	71
Guinea	98	177	Rumania	30	32
Malawi	104	189	Ucrania	14	14
Mali	113	229	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE		
Rwanda	107	196	Colombia	21	25
Tanzania	99	147	Ecuador	36	39
Uganda	88	152	Guatemala	40	59
Zimbabwe	65	102	Haití	43	119
ASIA Y EL PACÍFICO			Perú	43	60
Bangladesh	66	94	CERCANO ORIENTE Y		
Cambodia	95	125	ÁFRICA DEL NORTE		
India	68	95	Egipto	44	54
Nepal	64	91	Mauritania	74	116

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud

Population Reports

Cuadro 3. Supervivencia y salud materna: resultados del estudio del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1985–1997

Riesgo de defunción y complicaciones relacionadas con el embarazo relativo al riesgo para las madres que dan a luz 27 a 32 meses después del hijo anterior, por intervalo genésico

Indicadores de la salud materna	Intervalos genésicos (en meses)					
	9–14	15–20	21–26	27–32	33–68	69+
Defunción materna	250%*	110%	NC		110%	110%
Hemorragia del tercer trimestre ¹	170%*	NC	NC		NC	110%
Ruptura prematura de las membranas	170%*	NC	NC	Grupo comparativo (100%)	110%	NC
Anemia	130%*	NC	NC		NC	NC
Endometritis puerperal	130%*	NC	110%		NC	NC
Preeclampsia	NC	NC	NC		110%	180%*
Eclampsia	110%	NC	NC		120%	180%*
Diabetes mellitus gestacional	NC	NC	90%		NC	130%
Hemorragia puerperal	90%	NC	NC		NC	90%

Nota: Los factores de confusión tenidos en cuenta incluyen la edad materna, paridad, educación de la madre, estado civil, tabaquismo, índice de la masa corporal previa al embarazo, historia de abortos espontáneos, historia de mortinatos, historia de defunción neonatal temprana, historia de criatura de bajo peso al nacer, edad de gestación al recibir atención prenatal por primera vez, número de visitas prenatales, zona geográfica, tipo de hospital y año del parto.

*La diferencia en el riesgo de defunción y problemas de salud es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

NC = ningún cambio en el riesgo

¹Incluye placenta previa y desprendimiento placentario

Fuente: Conde-Agudelo, 2000 (38)

Population Reports

Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, las mujeres con intervalos genésicos de 27 a 32 meses parecen tener menos probabilidad de experimentar eclampsia que las mujeres con intervalos de 9 a 14 meses. También pueden tener menos probabilidad que las mujeres con intervalos de 69 meses o más de morir durante el embarazo o el parto, o de experimentar hemorragias del tercer trimestre y diabetes mellitus gravídica. Las mujeres con intervalos genésicos de 27 a 32 meses parecen tener más probabilidad que las mujeres

Los recién nacidos también son más sanos al nacer cuando nacen en intervalos de 27 a 32 meses que cuando nacen en intervalos de 9 a 14 meses o de 15 a 20 meses. También es menos probable que tengan bajo peso (<2500 gramos) o muy bajo peso (<1500 gramos) al nacer, que nazcan antes de tiempo (antes de las 37 semanas de gestación) o que nazcan muy prematuros (antes de las 32 semanas de gestación), que sean pequeños para su edad gravídica, o que tengan una puntuación baja de Apgar cinco minutos después del nacimiento. La

con intervalos de 9 a 14 meses, o que las mujeres con intervalos de 69 meses o más de experimentar hemorragia puerperal (hemorragia después del parto) (38).

Supervivencia y salud perinatal. Los niños nacidos 27 a 32 meses después de un nacimiento anterior tienen más probabilidad de sobrevivir el período perinatal, definido como las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida inclusive, que los niños nacidos en intervalos de 9 a 14 meses. Si bien la diferencia no es estadísticamente significativa, también parecen tener más probabilidad de sobrevivir el período perinatal que las criaturas nacidas con intervalos de 15 a 20 meses o de 21 a 26 meses. Las criaturas nacidas 27 a 32 meses después de un nacimiento anterior también tienen más probabilidad de sobrevivir el período perinatal que las nacidas después de 69 meses o más (36, 39) (ver el cuadro 4).

En el estudio se estima que, si las mujeres espaciaron los nacimientos por 27 a 32 meses como mínimo, la mortalidad perinatal declinaría en América Latina hasta un 14%, de 39 defunciones por 1.000 nacimientos a aproximadamente 34 defunciones por 1.000 nacimientos. El número total de defunciones perinatales podría bajar a razón de 60.500 por año.

Cuadro 4. Supervivencia y salud perinatal: resultados del estudio del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1985–2000

Riesgo de defunción perinatal y problemas de salud relativo al riesgo para los lactantes nacidos 27 a 32 meses después del nacimiento anterior, por intervalo genésico

Indicadores de la salud perinatal	Intervalos genésicos (en meses)							
	9–14	15–20	21–26	27–32	33–44	45–56	57–68	69+
Parto muy prematuro ¹	327%*	133%*	103%		101%	NC	97%	116%*
Parto prematuro ²	231%*	115%*	NC		NC	101%	104%	109%*
Muerte fetal ³	240%*	124%*	107%	Grupo comparativo (100%)	106%	109%	108%	121%*
Muy bajo peso al nacer ⁴	225%*	123%*	NC		107%	102%	104%	115%*
Bajo peso al nacer ⁵	214%*	115%*	102%		102%	NC	103%	119%*
Defunción neonatal temprana ⁶	202%*	127%*	108%		102%	103%	105%	118%*
Pequeño para la edad gravídica	125%*	117%*	101%		NC	101%	NC	101%
Bajo índice de Apgar a los 5 minutos	118%	92%	109%		108%	107%	94%	105%

Nota: Los factores de confusión tenidos en cuenta incluyen la edad materna, paridad, educación de la madre, estado civil, tabaquismo, índice de la masa corporal previa al embarazo, historia de abortos espontáneos, historia de mortinatos, historia de defunción neonatal temprana, historia de criatura de bajo peso al nacer, edad de gestación al recibir atención prenatal por primera vez, número de visitas prenatales, zona geográfica, tipo de hospital y año del parto.

*La diferencia en el riesgo de defunción y problemas de salud es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

NC=ningún cambio en el riesgo

¹Antes de 32 semanas de gestación

²Antes de 37 semanas de gestación

³Durante las últimas 28 semanas de

gestación

⁴<1500 grams

⁵<2500 grams

⁶Durante la primera semana de vida

Fuente: Conde-Agudelo, 2002 (36)

Population Reports

escala de Apgar es un índice compuesto para evaluar el estado del recién nacido que revela las condiciones de la respiración, el ritmo cardíaco, el tono muscular, la respuesta automática a un estímulo y el color de la piel al nacer.

Además, los recién nacidos después de un intervalo de 27 a 32 meses son más sanos que los nacidos después de un intervalo más largo, especialmente los nacidos después de 69 meses o más. Es menos probable que tengan peso bajo o muy bajo al nacer, que nazcan antes de tiempo o sean muy prematuros (36).

■ ¿Por qué son mejores los intervalos más largos?

Con frecuencia se citan varios mecanismos biológicos y comportamentales para explicar de qué manera los intervalos genésicos cortos afectan la mortalidad infantil y materna. Es difícil identificar los mecanismos por los cuales los intervalos genésicos más largos benefician la salud de los bebés y las madres. Esto se debe a que son muchos los factores, como el número de hijos que ya tiene la madre y la edad de esta al dar a luz, que influyen en los intervalos genésicos y afectan independientemente la salud maternoinfantil. Además, el intervalo genésico afecta a más de un niño, tanto al anterior como al siguiente, y cualquiera de los intervalos genésicos podría ser la causa de defunción de un niño (10, 45, 134, 201).

- **Síndrome de agotamiento materno:** por largo tiempo se ha argumentado que los intervalos genésicos cortos no dejan a la madre tiempo suficiente para reponer sus reservas nutricionales después del parto y el amamantamiento (80). Aunque aún no ha quedado establecido el papel, ni incluso la existencia, del síndrome de agotamiento (67, 202, 203), algunos estudios recientes confirman que los intervalos cortos afectan la energía de las madres (107), su peso (83, 171) y el índice de masa corporal (83). La nutrición deficiente de la madre afecta, a su vez, la nutrición y el crecimiento fetal (19, 81, 121) y por lo tanto, la supervivencia del niño (32).
- **Parto prematuro:** en algunos estudios se ha encontrado que los intervalos más cortos están relacionados con un mayor riesgo de nacimiento prematuro (36, 56, 110, 213), pero otros no han encontrado semejante relación (51, 81, 94, 169). Tanto el parto prematuro como el retardo del crecimiento fetal pueden resultar en bebés con bajo peso al nacer, con riesgo más alto de morir en la infancia (210).
- **Disminución de la leche:** si las madres tienen el hijo siguiente mientras están amamantando, generalmente son menos capaces de producir leche para el niño anterior (2). El crecimiento de los niños sufre si se los desteta demasiado pronto, lo que además los expone a desarrollar enfermedades diarreicas e infecciones de la piel (26), y corren por tanto mayor riesgo de morir (186). La disminución de la leche es más probable a medida que las mujeres tienen más hijos y están desnutridas (57). Los beneficios del espaciamiento más prolongado entre los nacimientos no disminuyen apreciablemente cuando se da cuenta estadísticamente de la duración del amamantamiento, lo que sugiere que el

El espaciamiento de los nacimientos: es cuestión de elegir

Para las parejas, las decisiones sobre el espaciamiento de los nacimientos pueden ser más complejas aún que decidir cuándo comenzar a tener hijos y cuándo dejar de tenerlos. Ya sea explícita o implícitamente, las parejas consideran los beneficios del espaciamiento más prolongado de los hijos frente a las desventajas sociales y económicas que les reporta. Si bien a nivel nacional el espaciamiento más prolongado de los nacimientos contribuye a mejorar considerablemente la supervivencia y la salud de los niños y las madres, para muchos individuos las desventajas pueden pesar más que los beneficios adicionales para la salud de uno o dos años más de espaciamiento.

Los intervalos genésicos más largos son mejores para la salud de las madres y sus hijos, permiten que los padres dediquen más tiempo a cada hijo durante la infancia y dispongan de más tiempo para otras actividades además de las del cuidado de los hijos, y a menudo ejercen menos presión en las finanzas de la familia. Pero estos no son los únicos factores considerados por la pareja al decidir acerca del espaciamiento de los hijos.

Muchas parejas consideran de qué manera los intervalos genésicos afectan el empleo de la madre. En los estudios llevados a cabo en Canadá, Etiopía y Nigeria, por ejemplo, se encontró que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienden a dejar intervalos más cortos entre cada nacimiento a fin de completar rápidamente la familia y abreviar así al mínimo el tiempo fuera de la fuerza de trabajo o para reducir la carga económica y física de la crianza de los hijos (71, 126, 143). Otras parejas planean los intervalos teniendo en cuenta si tendrán o no ayuda al alcance de su bolsillo para el cuidado del niño. En Taiwan, por ejemplo, las parejas suelen tener los hijos muy seguidos mientras viven con los padres del esposo porque estos se ocupan del cuidado de los niños (34).

En algunos países las mujeres tienden a casarse ya mayores y quizá prefieran tener los hijos más pronto, y no más tarde (8, 197). En Ghana, por ejemplo, las mujeres que se casan más tarde tienden a tener sus hijos en rápida sucesión (63, 123). Las mujeres de edad madura quizá quieran acelerar los nacimientos a fin de tener todos los hijos posibles antes de la menopausia, como ocurre en la India (132, 200).

Así como algunas parejas escalonan los nacimientos de acuerdo a sus propias necesidades o deseos, otras prefieren no planearlos y dejar que el destino, o Dios, decida, como dijeron algunas mujeres en las encuestas (8).

Puesto que en las decisiones de las parejas acerca del espaciamiento de los nacimientos influyen la situación y los deseos individuales y no solo los beneficios para la salud de los intervalos más largos, los nuevos mensajes que informan a las parejas que lo mejor son los intervalos de 3 a 5 años entre cada nacimiento, deberán considerar las preferencias de estas. Sobre todo, no se culpará a las parejas de elegir intervalos más cortos ni se les hará sentir que son malos padres.

Las parejas y los individuos deben tomar sus propias decisiones acerca del espaciamiento, basándose para ello en la información correcta recibida y en la variedad de anticonceptivos que pueden escoger (188). Los proveedores y los programas de atención de salud tienen la responsabilidad de ayudarlos. Prescindiendo del largo de los intervalos que quieren dejar las parejas entre los nacimientos, los programas y los proveedores deben respetar y apoyar las decisiones de estas.

espaciamiento beneficia a los niños a través de otros mecanismos, además de permitir amamantar por más tiempo (112, 159).

- **Rivalidad entre los hermanos:** cuando hay poca diferencia de edad entre los hermanos, estos compiten por los recursos y la atención materna (128). Las madres quizá no puedan amamantar adecuadamente al hermano mayor porque la leche fluye más lentamente o porque deben dedicar tiempo al recién nacido. Además, las madres tal vez no puedan amamantar adecuadamente al recién nacido, exponiéndolo así a un riesgo más alto de deficiencia nutricional, al riesgo de contraer enfermedades contagiosas de los hermanos mayores y otros problemas de salud, a medida que declina la inmunidad (23, 165). No está claro, sin embargo, si la competencia de los hermanos por los recursos es importante para explicar los efectos del espaciamiento de corta duración. El riesgo de mortalidad del hermano mayor sigue siendo igual cuando muere el recién nacido (42, 175), pero el riesgo de mortalidad del recién nacido declina cuando muere el hermano mayor (7) o cuando el hermano mayor tiene cinco años o más (159).

Por qué los intervalos de más de 5 años son menos saludables. No se sabe bien por qué los intervalos genésicos de más de 5 años son menos saludables para las madres y sus hijos. Los investigadores de las EDS y de CLAP sugieren que, después de cinco años o más sin tener hijos, las madres pueden perder los beneficios protectores de los partos anteriores, como un riesgo menor de preeclampsia y eclampsia. Puede ser, pues, que tengan tanta probabilidad de experimentar los problemas de salud relacionados con el embarazo como las madres primerizas. Es probable también que los hijos de estas también experimenten los problemas de salud o el riesgo de muerte más alto de los hijos primogénitos.

Muchas mujeres de países en desarrollo sufren problemas de salud reproductiva, como la enfermedad pélvica inflamatoria y fibroides uterinos, y son por lo tanto menos fértiles. Estas mujeres pueden quedar embarazadas solo a largos intervalos

(95, 140, 193), y el alto riesgo que corren de complicaciones del embarazo podría deberse a problemas subyacentes de salud reproductiva, y no a los intervalos más largos (1, 13, 20).

Los intervalos genésicos reales frente a los preferidos

En promedio, las mujeres de los países en desarrollo tienen intervalos genésicos mucho más cortos de lo que ellas preferirían (15). Muchas mujeres no solo están imposibilitadas de alcanzar sus propios objetivos en materia de reproducción sino que también están muy lejos de adoptar los intervalos de 3 a 5 años que, según sugieren los nuevos hallazgos, son los más saludables. Si aumentara el número de mujeres que dejan pasar los intervalos intergenésicos que prefieren, las tasas de fecundidad bajarían aún más, puesto que los intervalos intergenésicos más largos significan típicamente que las mujeres tienen menos hijos a lo largo de su vida reproductiva (29).

Intervalos genésicos reales

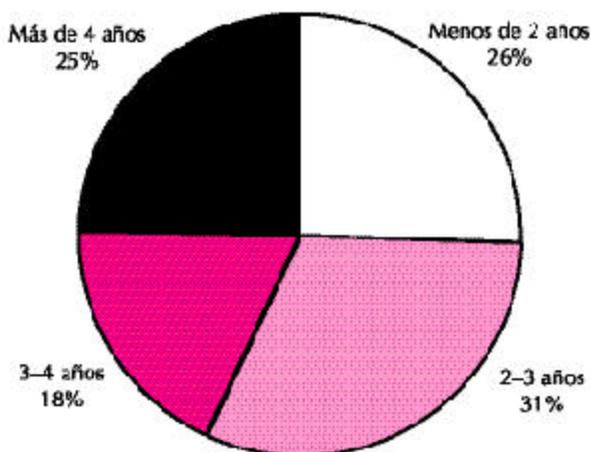
Los intervalos genésicos se están alargando, pero en su mayoría aún están lejos del intervalo de 3 a 5 años, que es el más saludable. En los países en desarrollo el intervalo genésico mediano es de unos 32 meses, 4 meses menos de los 3 años recomendados, según un análisis de **Population Reports** de 55 países con datos de las EDS. Si bien estas estadísticas sugieren que muchas mujeres están próximas a alcanzar el intervalo genésico más saludable, en realidad, 57% de las mujeres de los países incluidos en el análisis espacian los nacimientos con intervalos menores de 3 años (ver la figura 2).

Intervalos genésicos actuales. Son muchas las mujeres que necesitan espaciar por más largo tiempo los nacimientos para beneficio de su salud. Aun en Indonesia, con el intervalo genésico mediano más largo de 45 meses, los intervalos genésicos de 36% de las mujeres se extienden por menos de 3 años. En Zimbabwe, que ocupa el segundo lugar con el intervalo genésico mediano más largo de 40 meses, 40% de las mujeres tienen a sus hijos en intervalos de menos de 3 años. (Por "mediano" se entiende el intervalo genésico intermedio de un país en el que la mitad de las mujeres tienen intervalos genésicos más largos que el "mediano", y la otra mitad, intervalos más cortos. Ver el recuadro de la pág. 10).

En cada región es similar la proporción ajustada a la población de mujeres con intervalos genésicos de menos de 2 años, de 2 a 3 años, de 3 a 4 años y de más de 4 años. El porcentaje de mujeres con intervalos genésicos de menos de 3 años se extiende del 52% en América Latina al 60% en el África Subsahariana. Esta última región tiene menos mujeres con intervalos genésicos menores de 2 años que cualquier otra región. Solo 22% de las mujeres tienen esos intervalos tan cortos entre los nacimientos, en comparación con 26% en Asia y el Pacífico, hasta el 31% en Europa Oriental y Asia Central.

Puede sorprender que, con respecto a los 55 países sometidos al análisis, la mayor proporción de mujeres con intervalos menores de 3 años tiendan a estar en algunos países en desarrollo de ingresos más altos, como Jordania, Turkmenistán y Yemen. En los países en desarrollo con ingresos más altos el uso de métodos anticonceptivos de acción prolongada para limitar los nacimientos son más comunes que el uso de métodos de corta duración para el espaciamiento. Los intervalos genésicos son más breves en esos países porque muchas mujeres prefieren tener sus hijos en rápida sucesión y practi-

Figura 2. Duración de los intervalos genésicos en 55 países encuestados por las EDS, 2002



Nota: Estimaciones basadas en datos sobre los intervalos genésicos de 1990-2001 y estimaciones de la población para 2002 de 55 países en el África Subsahariana, Asia Central, Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, y el Cercano Oriente y África del Norte. Datos sobre los intervalos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS)(STATCompiler) y datos sobre la población de la Base Internacional de Datos (IDB) de la Oficina del Censo de los Estados Unidos.

Population Reports

car entonces la anticoncepción, más bien para limitar los nacimientos que para espaciarlos (15).

Tendencias de los intervalos genésicos. Con el tiempo, en la mayoría de los países se están alargando los intervalos genésicos. De 34 países con encuestas múltiples desde 1986, casi todos han experimentado entre la primera y la última encuesta un aumento en la proporción de mujeres que esperan por lo menos 3 años entre cada nacimiento. Hay varias razones para ello: las mujeres pueden estar más motivadas para espaciar los nacimientos porque las oportunidades que tienen de educarse y conseguir empleo se están ampliando, de modo que puede haber más mujeres que quieren postergar el embarazo siguiente (17, 106, 147). Además, la gente dispone de más medios para controlar su fertilidad ya que los servicios de planificación familiar se han extendido, sobre todo en las zonas urbanas (ver la pág. 16). Al mismo tiempo, en algunos países la inestabilidad económica o política puede haber llevado a que haya aumentado el número de parejas que deciden no tener hijos por un tiempo (5, 199).

Los intervalos genésicos se están alargando más rápidamente en algunos países, como Indonesia y Zimbabwe, que en otros. Indonesia es el país donde los intervalos genésicos se están alargando más rápidamente. En este país el intervalo genésico mediano se ha extendido de 34 meses en 1987 a 45 meses en 1997, o sea que experimentó un incremento medio de más de 1 mes por año. El porcentaje de mujeres con intervalos genésicos de menos de 3 años ha bajado de 55% en 1987 a 36% en 1997, o sea que se ha experimentado una reducción de casi dos puntos porcentuales por año. El firme apoyo del gobierno a la planificación familiar llevó a que aumentara el acceso a los servicios y cambiaran las intenciones en materia de reproducción, y los altos niveles de uso de anticonceptivos ayuda a explicar el rápido alargamiento de los intervalos genésicos en Indonesia (182, 191). Los intervalos genésicos también se están alargando rápidamente en Zimbabwe. El porcentaje de mujeres con intervalos genésicos inferiores a 3 años estuvo bajando casi dos puntos porcentuales por año entre 1988 y 1999 (ver el cuadro 5). En Zimbabwe, la rápida reducción de mujeres que dejan intervalos genésicos cortos se debe en gran parte al mayor acceso a los anticonceptivos y al aumento del uso de estos entre las mujeres jóvenes y de edad mediana (116, 170).

En algunos países como Haití, India y Malí los intervalos genésicos no se han alargado. La razón principal parece ser la declinación de las prácticas tradicionales que contribuyen a la existencia de intervalos genésicos más largos, como la abstinencia puerperal y el amamantamiento prolongado (33, 125, 200) (ver la pág. 17). El uso de anticon-

ceptivos para espaciar los nacimientos se está elevando solo mínimamente en algunos países del África Subsahariana (3, 59).

Intervalos genésicos preferidos

En numerosos países los intervalos genésicos preferidos de las mujeres también se están alargando. A medida que se dispone más ampliamente de métodos anticonceptivos y las normas sociales cambian, mayor es el número de personas que optan por intervalos más largos. En un análisis, por ejemplo,

Cuadro 5. Tendencia imperante en los intervalos genésicos

Porcentaje de mujeres casadas en edad fértil que declaran intervalos genésicos de menos de 3 años, encuestas múltiples, 1986–2001

Región y país	Período de la encuesta				Número de años entre las primeras y las últimas encuestas	Reducción entre las primeras y las últimas encuestas*
	1986–1989	1990–1993	1994–1997	1998–2001		
ÁFRICA SUBSAHARIANA						
Burkina Faso		55		54	6	1
Camerún		66		63	7	3
Côte d'Ivoire			59	51	4	8
Ghana	54	49		44	10	11
Kenya	68	66		58	9	11
Madagascar		69	67		5	2
Malawi		60		57	8	4
Mali	62		66		8	**
Níger		69		68	6	1
Nigeria		66		62	9	4
Senegal	67	62	60		11	7
Tanzania		59	58		4	1
Togo	56			50	10	6
Uganda	71		70	70	12	1
Zambia		64	64		4	<1
Zimbabwe	61		46	40	11	21
ASIA Y EL PACÍFICO						
Bangladesh		54	48	43	6	11
Filipinas		67		66	5	1
India		61		62	6	**
Indonesia	55	46	41/36 ^a		10	19
Nepal			61	60	5	<1
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Kazajstán			57	51	10	6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia		63	64	61	9	2
Brasil		63	51		10	13
Colombia		62	55	54	14	13
Guatemala		69		68	11	1
Haití			65	66	6	**
Perú		66	61	55	14	18
República Dominicana		68	64	63	10	6
CERCANO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE						
Egipto		66	65	58	54	12
Jordania			80	74	7	6
Marruecos		67	62		5	5
Turquía			54	48	5	6
Yemen			70	68	6	2

* Algunas de las cifras se han redondeado para formar números enteros, razón por la cual la suma puede parecer incorrecta. Sin embargo, los números son correctos de acuerdo con los cálculos reales.

**En Malí, India, y Haití, el porcentaje que declara intervalos de menos de 3 años ha aumentado.

^aEn Indonesia se realizaron dos encuestas en este período: en 1994 y 1997.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (STATcompiler)

Population Reports

Cómo medir los intervalos genésicos

La estimación de los intervalos reales y preferidos es importante porque estos sirven de instrumentos poderosos en el estudio, la programación y las recomendaciones (24). La elección del método de medición depende del uso previsto para los datos. Los investigadores suelen comparar los intervalos genésicos reales y preferidos para estimar la demanda potencial de servicios de planificación familiar. En los programas se encuentra útil medir el porcentaje de una población con intervalos menores de 3 años. En los programas podrían medirse los intervalos genésicos medios reales y preferidos de las clientes para evaluar periódicamente cuán eficazmente están ayudando a las clientes a cumplir sus intenciones reproductivas. Finalmente los defensores de la salud pueden mostrar a las autoridades que sería posible salvar la vida de miles de niños si las mujeres pudieran escoger sus intervalos genésicos preferidos.

Intervalos reales

Los intervalos pueden medirse de tres maneras distintas, y los diferentes programas e investigadores usan diferentes mediciones:

- El intervalo entre un nacimiento y otro (“intervalo genésico”), o sea, el período comprendido entre dos nacimientos de niños vivos consecutivos, de fecha de nacimiento a fecha de nacimiento.
- El intervalo entre el nacimiento y la concepción siguiente, o período de ingravidez, es el período que media entre el momento de dar a luz un niño vivo o mortinato y la concepción siguiente.
- El intervalo entre embarazos, o sea, el período transcurrido desde la concepción del primer hijo a la concepción del hijo siguiente.

El intervalo entre embarazos se aplica especialmente para estudiar la relación con la salud materna pues incluye algunos embarazos que terminan en aborto provocado o espontáneo. Esto es importante porque los fetos concebidos pero no nacidos también influyen en la salud maternoinfantil (38).

En el intervalo entre el nacimiento y la concepción siguiente queda excluido cualquier período de gravidez, y los investigadores suelen usarlo porque no resulta afectado si el segundo alumbramiento es prematuro. Un alumbramiento prematuro influye en la relación entre los intervalos y la mortalidad infantil; al quedar excluida la premadurez, se asegura que la mortalidad encontrada se debe a los intervalos más cortos y no a la premadurez (109). Por otra parte, generalmente es difícil estimar la fecha de la concepción, que se necesita para calcular el intervalo entre el nacimiento y la concepción siguiente y el intervalo entre embarazos (111).

Los intervalos genésicos utilizados en las EDS son datos fáciles de recoger y calcular, pero en ellos no se tienen en cuenta los abortos espontáneos e inducidos, de modo que, en promedio, los intervalos parecen más largos de lo que realmente son. En casi todos los cálculos de los intervalos genésicos se consi-

se encontró que entre mediados de los años 1980 y principios de los años 1990, los intervalos medios preferidos se elevaron en los 11 países de cuatro regiones, con un incremento de 9 meses o más en 3 países (15).

En un estudio de nueve países del África Subsahariana en los que se realizaron repetidas encuestas, los intervalos genésicos preferidos de las mujeres se alargaron en los nueve países (142). Los intervalos medianos preferidos se alargaron, en pro-

dera solo el intervalo anterior al nacimiento más reciente en los cinco años anteriores a la encuesta pues las mujeres por lo común no pueden recordar exactamente los detalles de tanto tiempo atrás (24).

Intervalos genésicos preferidos

Los intervalos genésicos preferidos son más difíciles de medir que los intervalos genésicos reales. Las estimaciones se basan generalmente en la perspectiva de las mujeres y no incorporan las preferencias de los maridos porque las EDS no les hacen preguntas a los hombres sobre los intervalos genésicos que prefieren (14, 155). Los investigadores pueden medir los intervalos genésicos preferidos de las mujeres de tres maneras diferentes: preguntándoles qué intervalo creen que es mejor; cuál es su preferencia para el intervalo genésico siguiente y qué opinan acerca del intervalo genésico más reciente. No se ha llegado a un consenso acerca de cuál es la mejor manera de abordar este tema (155).

En algunas EDS se pregunta a las mujeres: “¿Cuántos meses o años cree usted que es mejor dejar pasar entre el nacimiento de un hijo y el del hijo siguiente?” (15). En este método solo se requiere una pregunta de la encuesta y no hace falta ningún cálculo. Sin embargo, algunos investigadores dicen que esta pregunta es demasiado abstracta y quizá no revele la situación o la realidad individual (142).

El segundo criterio: preguntándoles a las mujeres que quieren otro hijo cuán pronto quieren tenerlo, es más práctico, y las mujeres pueden relacionar la pregunta con su situación personal. Resulta útil para los programas que evalúan la situación individual de sus clientes y las intenciones reproductivas de estas. Es posible, empero, que se sobreestimen los intervalos genésicos preferidos porque algunas mujeres pueden haber ya esperado más tiempo de lo que hubieran preferido, y las encuestas generalmente no toman nota de esas respuestas a esta pregunta (15, 141).

La tercera forma de medir es similar a la empleada para derivar las estimaciones de los intervalos preferidos en el África Subsahariana (ver la página siguiente). En el cuestionario de las EDS se pregunta: “Cuando quedó embarazada con (nombre del niño), ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar un tiempo más o ya no quería tener más hijos?” Si la mujer dice que quería tener un hijo entonces, se considera que el intervalo es del largo que ella prefiere. Si dice que quería el hijo más adelante, el intervalo genésico preferido es el intervalo real más el tiempo adicional que la mujer dice que hubiera querido esperar (141). Una desventaja de este método es que probablemente algunas mujeres no digan que no quieren ese hijo o que viene demasiado pronto, a raíz de lo cual se estima un intervalo más corto que el que ellas realmente prefieren (27). Además, la pregunta no les deja una opción a las mujeres que querían dar a luz más pronto. De allí que el intervalo estimado resultante sea más largo del que las mujeres realmente prefieren.

medio, 5 meses entre las primeras encuestas, sobre todo en los años 1980 y las encuestas más recientes en los años 1990. Los países con los mayores incrementos en el largo de los intervalos genésicos preferidos eran Senegal, con un aumento de 9,2 meses, y Malí, Uganda y Zimbabwe, cada uno de los cuales experimentó un aumento de 7,6 meses.

Comparación entre los intervalos reales y los preferidos. En la mayoría de los países en desarrollo los intervalos genésicos

reales de las mujeres son más cortos de lo que ellas preferirían (15). En varios países como Egipto y Pakistán, sin embargo, los intervalos reales de las mujeres se aproximan más a los que ellas prefieren (160). Los países donde se prefieren los intervalos medianos más largos presentan las diferencias más grandes entre los intervalos preferidos y los reales.

Las grandes diferencias entre los intervalos reales y los preferidos dan a entender que se está produciendo una transición de la alta fecundidad a la baja fecundidad, o sea que los objetivos en materia de reproducción están cambiando, pero el comportamiento en materia de anticonceptivos aún tiene que seguir ese camino (141). En numerosos países del África Subsahariana las mujeres son las que más lejos están de lograr los intervalos genésicos que prefieren, especialmente en Comoros, Rwanda, Kenya, Zimbabwe y Ghana (en orden de magnitud de la diferencia). Las mujeres de Comoros son las que más necesitan alargar los intervalos genésicos reales en más de la mitad (17 meses) para lograr el espaciamiento genésico preferido de 47 meses (142) (ver el cuadro 6).

En casi todos los países del África Subsahariana es más probable que las mujeres que prefieren intervalos más largos tengan un hijo anterior que ha sobrevivido, sean de más edad (hasta 40 años, cuando la relación se estabiliza), tengan más hijos sobrevivientes, estén enteradas de los anticonceptivos y sepan cómo usarlos, aprueben la planificación familiar y estén casadas con un hombre con más educación (142).

Si las mujeres de los países con las diferencias más grandes entre los intervalos genésicos reales y los preferidos lograran el espaciamiento que desean, la mortalidad infantil declinaría considerablemente. En Kenya, la mortalidad neonatal bajaría un 11%; la mortalidad infantil, un 13% y la mortalidad de los niños menores de cinco años declinaría un 17% (142).

La anticoncepción destinada a espaciar los nacimientos

Alrededor del mundo millones de mujeres usan métodos anticonceptivos temporales para dejar transcurrir los intervalos genésicos preferidos. Todos los métodos anticonceptivos, excepto la esterilización femenina y la vasectomía, son temporales y pueden usarse para espaciar los nacimientos y para limitarlos, es decir, para evitar tener más hijos.

Muchas otras mujeres, por otra parte, no están practicando la anticoncepción pese a que preferirían espaciar el nacimiento siguiente. Se considera que estas mujeres tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Los niveles de necesidad insatisfecha de planificación familiar entre las mujeres que quieren espaciar los nacimientos son aún más altos que entre las mujeres que quieren limitar los nacimientos, especialmente en el África Subsahariana.

El número de mujeres que actualmente practican la anticoncepción para espaciar los nacimientos más el número de mujeres con necesidad insatisfecha es



En una zona rural de Egipto una pareja y sus tres hijos salen a caminar por el campo. En Egipto, como en la mayoría de los países, los intervalos genésicos se están alargando con el tiempo. El porcentaje de mujeres con intervalos genésicos menores de 3 años bajó del 66% en 1988 al 54% en 2000.

Cuadro 6. Intervalos reales y preferidos, África Subsahariana, 1990-1998

Duración mediana de los intervalos genésicos reales y preferidos (en meses)

País y año de la encuesta	Intervalo genésico real	Intervalo genésico preferido*	Alargamiento del intervalo si se lograra el intervalo preferido**	% de alargamiento del intervalo si se lograra el intervalo preferido**
Benin 1996	35	39	4	12
Burkina Faso 1992-93	36	40	4	12
Camerún 1991	32	34	2	6
Comoros 1996	31	47	17	53
Côte d'Ivoire 1994	32	39	6	13
Ghana 1998	39	52	13	33
Kenya 1998	35	49	14	41
Madagascar 1997	31	37	6	21
Malawi 1992	33	38	4	13
Mali 1996	32	37	5	16
Namibia 1992	35	36	1	2
Niger 1998	31	34	3	10
Nigeria 1990	32	32	<1	1
Rep. Centroafricana 1994	32	36	4	12
Rwanda 1992	33	47	15	45
Senegal 1997	34	40	6	17
Tanzania 1996	35	39	4	12
Uganda 1995	33	35	1	4
Zambia 1996	32	36	4	13
Zimbabwe 1994	40	53	13	34

* Estimaciones basadas en la satisfacción o insatisfacción de las entrevistadas con el intervalo genésico previo. Si una mujer dice que quería el hijo cuando lo tuvo, se considera que el intervalo es del largo preferido. Si ella dice que quería el hijo más tarde, el intervalo genésico preferido es el intervalo real más el tiempo adicional que, según sus declaraciones, ella hubiera querido esperar.

**Algunas de las cifras se han redondeado para formar números enteros, razón por la cual la suma puede parecer incorrecta. Sin embargo, los números son correctos de acuerdo con los cálculos reales.

Fuente: Rafalimanana y Westoff, 2001 (142)

Population Reports

igual a la demanda potencial total de anticonceptivos para el espaciamiento. Mientras muchas mujeres con necesidad insatisfecha de espaciamiento no se proponen usar anticonceptivos, muchas otras probablemente usarían métodos anticonceptivos temporales si pudieran superar varios obstáculos (151). Los programas de planificación familiar pueden hacer más para superar los obstáculos.

■ **Demanda potencial total para el espaciamiento**

En los países en desarrollo la demanda potencial total de anticonceptivos para espaciar los nacimientos es muy grande, aproximadamente un tercio de todas las mujeres en edad fértil, de acuerdo con un análisis de **Population Reports** de 54 países con datos de las EDS. Las mujeres casadas con pocos hijos representan la mayor parte de la demanda potencial para el espaciamiento de los nacimientos. Además, algunas mujeres casadas sin hijos quieren demorar los primeros nacimientos (16, 79).

Casi la mitad de la demanda potencial total de anticonceptivos en el mundo se registra entre las personas que quieren tener más hijos en el futuro. En otras palabras, el nivel de demanda potencial para espaciar los nacimientos es aproximadamente la misma que para limitar los nacimientos. Por otra parte, en 45 países de 54, solo se satisface menos de la demanda potencial para el espaciamiento. Una de las inferencias es que los programas de planificación familiar no satisfacen la necesidad de anticonceptivos de las mujeres más jóvenes y de otras que los quieren para espaciar los nacimientos tan efectivamente como las mujeres que desean limitarlos. Pero al mismo tiempo, las mujeres que quieren espaciar el nacimiento próximo pueden estar menos motivadas para usar anticonceptivos que las que no quieren más hijos (195). Las consecuencias de un embarazo deseado pero inoportuno pueden ser menores que las de un embarazo no deseado, y por lo tanto puede ser menos probable que las mujeres que desean postergar el nacimiento siguiente usen anticonceptivos.

■ **El uso de anticonceptivos para espaciar los nacimientos**

Entre los 54 países encuestados, menos de un tercio de las mujeres casadas en edad fértil están usando anticonceptivos para espaciar los nacimientos. El uso de anticonceptivos para este fin varía del 2% de las mujeres en Pakistán al 29% en Zimbabwe.

En la mayoría de los países en desarrollo, la anticoncepción se practica mucho más para limitar los nacimientos que para espaciarlos. Sin embargo, en África Subsahariana la mayoría de los anticonceptivos se utiliza para espaciar los nacimientos pues muchos quieren tener familias numerosas y el espaciamiento de los nacimientos es común en muchas tradiciones africanas (87). Entre los 54 países encuestados, en un extremo está Níger, donde el 84% de la tasa total del 8% de uso total de anticonceptivos corresponde a las mujeres que quieren postergar el nacimiento siguiente, no limitar los nacimientos. En contraste, en la India, en el otro extremo, el uso de anticonceptivos para postergar los nacimientos representa solo el 7% de la tasa total de uso de anticonceptivos del 48%, en gran parte porque el programa nacional de planificación familiar tradicionalmente ha hecho hincapié en la limitación del tamaño de la familia y no en el espaciamiento de los hijos (73, 84, 113) (ver la figura 3).

El efecto del nivel de uso de anticonceptivos de un país en el intervalo genésico mediano varía de un país a otro, pero

parece tener menos influencia donde el nivel de uso de anticonceptivos es más bajo. Un análisis de los datos de las EDS de 1990 a 1995 en 27 países, sobre todo fuera del África Subsahariana, demuestra un efecto de umbral en la relación entre el uso temporal de los métodos y la duración de los intervalos genésicos (131). Allí donde menos de 30% de las mujeres usan métodos temporales, el nivel específico de prevalencia de anticonceptivos para el espaciamiento no tiene mayor efecto en el intervalo genésico medio del país. Pero una vez que el uso de métodos temporales sobrepasa el 30%, los intervalos genésicos medios son más largos.

Una explicación es que, como las mujeres que quieren limitar los nacimientos están más motivadas para prevenir el embarazo, generalmente son las primeras usuarias de los anticonceptivos temporales en un país. A la larga, el uso de anticonceptivos se vuelve más aceptable y las mujeres que quieren espaciar los nacimientos también comienzan a usarlos. A medida que aumenta el porcentaje de usuarias de anticonceptivos para espaciar los nacimientos, los intervalos genésicos comienzan a alargarse (131). Esta tendencia, empero, se invierte en el África Subsahariana, donde casi todas las usuarias de anticonceptivos han estado espaciando los nacimientos (196).

■ **Necesidad insatisfecha para el espaciamiento**

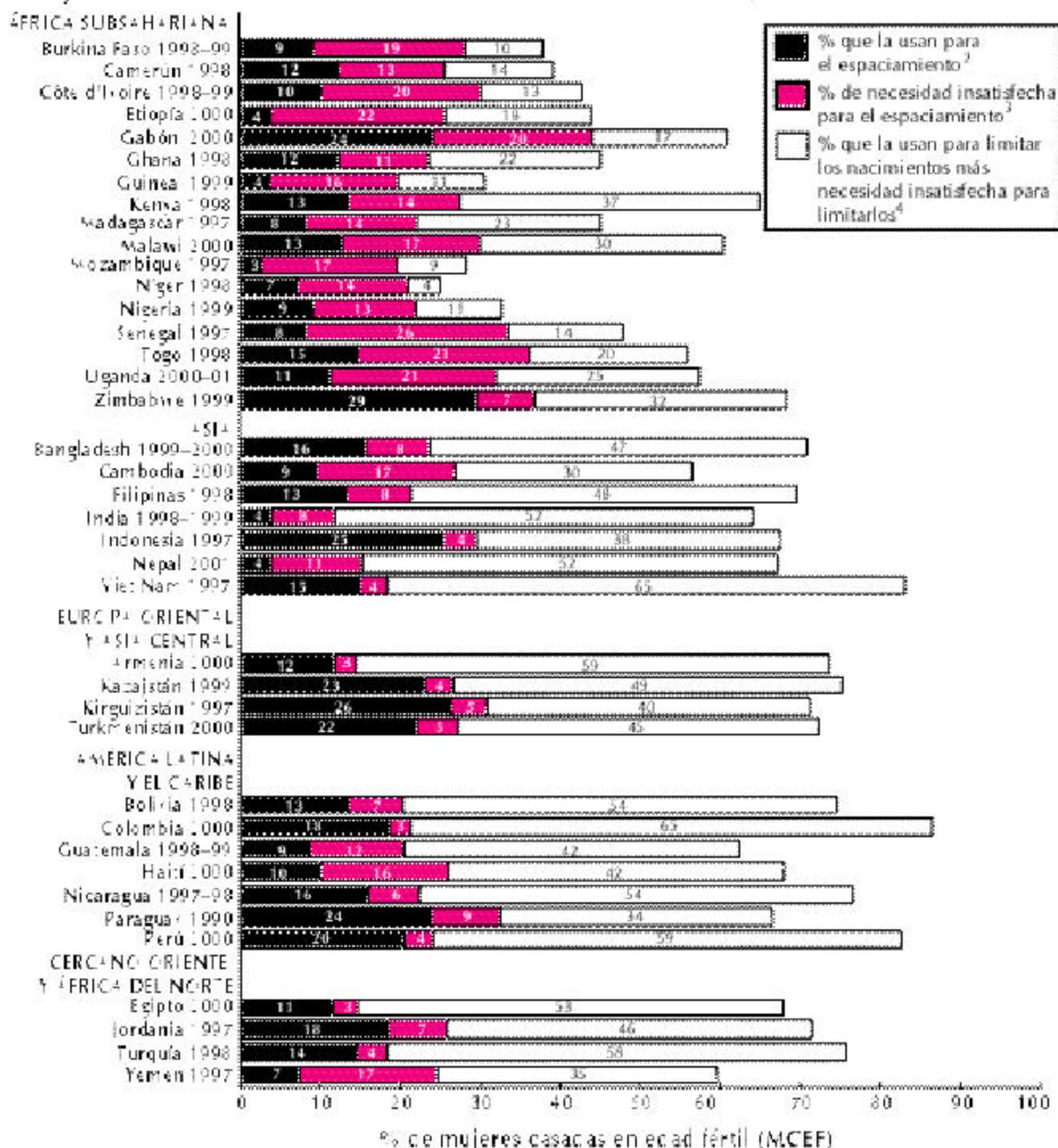
Según las estimaciones, 17% de las mujeres casadas en edad fértil de los países en desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar, según se ha encontrado en un nuevo estudio (156). Entre las regiones, el nivel más alto de necesidad insatisfecha para el espaciamiento se encuentra en el África Subsahariana, con el 16% de las mujeres casadas. La proporción más alta de necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos también se encuentra en el África Subsahariana, con el 65% de toda la necesidad insatisfecha de planificación familiar. Mundialmente, más de la mitad de la necesidad insatisfecha es para espaciar los nacimientos (156). La actitud ambivalente, la falta de información y la oposición personal y familiar explican la mayor parte de la necesidad insatisfecha entre las mujeres que quieren postergar el nacimiento siguiente. La falta de acceso a servicios de planificación familiar es también un factor importante en numerosos países (151, 195).

El concepto de necesidad insatisfecha para espaciar los nacimientos describe a las mujeres que no están recurriendo a la planificación familiar y dicen que quieren más hijos, pero no hasta después de dos o más años por lo menos, o que no están seguras si quieren o no tener otro hijo, o que quieren tener otro hijo pero no están seguras cuándo. Las mujeres embarazadas en un momento inoportuno y las que no están menstruando cuyos últimos nacimientos fueron inoportunos también están incluidas en la definición (79, 198).

Las mujeres jóvenes y las púérperas tienen considerable necesidad insatisfecha para el espaciamiento. Más de 23% de las mujeres casadas de 15 a 24 años de edad tienen necesidad insatisfecha para el espaciamiento.

Las mujeres jóvenes representan la tercera parte de toda la necesidad insatisfecha (156), en su mayor parte para el espaciamiento (6, 79). Además, muchas mujeres no usan anticonceptivos durante el puerperio pero tienen intención de hacerlo. En un estudio de mujeres dentro del año siguiente al último nacimiento, entre los 27 que las EDS llevaron a cabo entre 1993 y 1996, se encontró que aproximadamente dos tercios de ellas tenían necesidad insatisfecha de planificación familiar. Casi 40% de las púérperas tenían intención de usar un método anticonceptivo dentro de los 12 meses siguientes (157).

Figura 3. Demanda potencial total¹ de planificación familiar para el espaciamiento y la limitación de los nacimientos, 1997–2001



Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) Formales

¹ Demanda potencial total = uso de métodos + necesidad insatisfecha de planificación familiar

² Uso para el espaciamiento = porcentaje de MCEP que quieren más hijos pero no por los años jóvenes y salud materna cuando usan métodos

³ Necesidad insatisfecha para el espaciamiento = porcentaje de MCEP que quieren más hijos pero no por los años jóvenes y salud materna cuando usan métodos

⁴ Uso para limitar los nacimientos más necesidad insatisfecha para la limitación = porcentaje de MCEP que no quieren más hijos, así que usan métodos o no usan métodos

Population Reports



Edición: Whitney para IML/JCCP

En Bangladesh una pareja lleva al hijo recién nacido a un dispensario para que lo revisen. Cuando la criatura sobrevive y está sana, es menos probable que las parejas tengan el próximo hijo muy pronto. Los programas de salud infantil y de planificación familiar pueden trabajar juntos para instar a las parejas a tener intervalos genésicos más largos y sanos.

¿Quién tiene intervalos más cortos?

En el plano mundial, las mujeres difieren ampliamente en lo referente a las prácticas para espaciar los nacimientos. Son varios los factores que influyen en el espaciamiento de los nacimientos por la mujer, incluido el estado de salud del hijo anterior así como las características personales de la mujer. Además, las prácticas tradicionales, especialmente el amamantamiento y la abstinencia puerperal, así como las normas culturales, influyen en el espaciamiento de los nacimientos.

Supervivencia y salud del hijo anterior

La salud del hijo anterior suele influir en la secuencia cronológica del nacimiento siguiente. Si llega a morir un hijo, especialmente durante el primer año de vida, las parejas tienden a tener el hijo siguiente después de un intervalo más corto que el que hubieran dejado transcurrir si hubiera sobrevivido el hijo anterior. De manera similar, si un recién nacido es enfermizo en la infancia, las parejas tienen más probabilidad de tener otro hijo después de un intervalo más corto que en circunstancias normales.

Supervivencia infantil. Los estudios realizados en diversas partes del mundo, incluso en Bhután, Egipto, Kenya, Viet Nam y Zimbabwe, muestran que si el recién nacido llega a morir, los padres probablemente tengan el hijo siguiente más pronto que si aquel hubiera sobrevivido (25, 64, 68, 139, 185, 211, 212). En los 55 países encuestados por las EDS entre 1990 y

2001 es más probable que las mujeres tengan otro hijo dentro de los 3 años siguientes si el niño anterior llega a morir (ver el cuadro 7).

Cuando un niño muere, los intervalos genésicos subsiguientes de las madres son 60% más cortos, en promedio, que cuando el niño sobrevive, de acuerdo con los datos de 46 EDS (62). En este estudio también se encontró que cuanto más tiempo sobrevivía el hijo anterior, menor es el efecto en el intervalo genésico subsiguiente. Después de los dos años de edad, la muerte de un hijo no parece influir de ninguna manera en el intervalo genésico subsiguiente de la madre (62).

Las madres de las zonas rurales de Senegal tienen el hijo siguiente dentro de un período mediano de 15 meses si el niño llega a morir en el primer mes de vida. Si muere antes de cumplir un año, las madres esperan un período mediano de 22 meses antes de tener el hijo siguiente. Si el niño muere cuando tiene entre uno y dos años de edad, las madres dejan pasar un período mediano de 29 meses; y si sobrevive por dos años, las madres dejan pasar un período mediano de 33 meses para tener el próximo hijo (153).

¿Por qué la muerte del niño resulta en un parto a más breve plazo? Algunas parejas tienen el próximo hijo involuntariamente porque con la muerte de un niño a temprana edad termina el amamantamiento y las mujeres vuelven a menstruar y a ovular más pronto (62). En Ghana la duración mediana de la amenorrea puerperal bajó de 12 meses a 4 meses entre las mujeres cuyos hijos habían muerto a una edad temprana (123). Los datos de 46 EDS muestran que, en promedio, la supervivencia infantil lleva a un aumento de la duración de la amenorrea puerperal del 178% (62).

Otras parejas se esfuerzan por reemplazar pronto al hijo que han perdido. Cuando muere un niño, la duración de la abstinencia sexual del puerperio puede descender hasta un 47%, de acuerdo con los datos de las 46 EDS (62). En algunos estudios se ha encontrado, sin embargo, que la reanudación de la actividad sexual es menos importante que el cese temprano del amamantamiento para explicar por qué el hijo siguiente nace más pronto cuando muere el hijo anterior (129, 181).

Generalmente es más probable que las mujeres cuyos embarazos terminan en abortos espontáneos o provocados tengan el próximo hijo a más breve plazo. Sin embargo, son pocos los estudios en los que se ha examinado esta relación pues raramente se registran los abortos espontáneos, los mortinatos y los abortos provocados. En un estudio llevado a cabo en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano se encontró que la mitad de las adolescentes de 19 años de edad o menos cuyos embarazos habían terminado en abortos provocados o espontáneos volvieron a quedar embarazadas dentro de los 2 años siguientes, en comparación con aproximadamente un tercio de las adolescentes que habían tenido un nacido vivo anterior. Entre las mujeres de 20 a 24 años de edad, 28% de aquellas cuyo embarazo había terminado en un aborto provocado o espontáneo volvieron a quedar embarazadas dentro de los 2 años siguientes, en comparación con 21% de las que habían tenido anteriormente un nacido vivo (37).

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo en África se encontró que es menos probable que las mujeres cuyos embarazos terminan en abortos espontáneos o mortinatos tengan el próximo hijo muy poco tiempo después. Las mujeres de Gambia que habían tenido un aborto espontáneo o un mortinato tendían más que otras mujeres a postergar la procreación mediante la práctica de la anticoncepción. Aproximadamente 14% de las mujeres que habían tenido abortos espontáneos o mortinatos recurrieron a continuación a la anticoncepción en mayor medida que el porcentaje que había usado anticonceptivos durante el amamantamiento o después del destete. Cuando se les preguntó por qué usaban anticonceptivos des-

Cuadro 7. ¿Cuáles son las mujeres con intervalos genésicos más cortos?

% de mujeres que tienen intervalos genésicos menores de tres años, por lugar de residencia, nivel educativo, edad, sexo y supervivencia del hijo anterior, 1990–2002

Región y país	Residencia		Nivel de educación alcanzado			Edad materna				Sexo del hijo anterior		Super-vivencia del hijo anterior		Total		
	Urbana	Rural	Ninguna educación	Primaria	Secundaria o superior	15–19	20–29	30–39	40+	M	F	No	Sí	% menos de 2 años	% menos de 3 años	
ÁFRICA SUBSAHARIANA																
Benin 1996	55	60	59	57	46	73	64	55	49	58	59	73	55	17	58	
Burkina Faso 1998–99	42	55	54	56	36	77	61	49	44	55	54	70	50	17	54	
Camerún 1998	60	64	69	60	58	84	67	59	54	61	65	77	61	25	63	
Chad 1996–97	69	65	65	69	64	85	69	62	56	66	66	73	64	24	66	
Comoros 1996	62	70	68	70	63	76	78	61	61	68	68	81	66	34	68	
Côte d'Ivoire 1998–99	42	55	53	49	41	78	55	50	37	53	50	71	47	16	51	
Eritrea 1995	61	66	65	63	61	80	70	61	61	65	64	70	64	26	65	
Etiopía 2000	54	58	57	60	60	84	65	53	46	57	58	67	55	20	57	
Gabón 2000	53	61	63	57	52	87	60	49	49	56	55	66	54	22	55	
Ghana 1998	35	46	46	44	41	71	50	40	38	42	45	65	41	13	44	
Guinea 1999	48	54	53	55	42	78	56	51	42	54	52	72	48	17	53	
Kenya 1998	53	59	55	59	56	81	64	52	38	58	58	71	56	23	58	
Madagascar 1997	64	68	68	68	65	84	73	61	58	67	68	72	66	31	67	
Malawi 2000	49	58	56	58	48	85	65	47	41	56	57	68	54	17	57	
Malí 1995–96	62	68	67	65	59	80	70	64	56	66	66	75	63	26	66	
Mozambique 1997	55	53	52	55	47	68	60	49	38	52	55	65	51	19	54	
Namibia 1992	46	61	53	59	54	85	63	53	47	56	56	68	55	22	56	
Niger 1998	62	69	69	66	53	83	74	63	57	67	69	79	63	25	68	
Nigeria 1999	59	63	62	63	61	81	70	57	49	63	62	77	60	27	62	
Rep. Centroafricana 1994–95	65	67	66	68	61	88	72	62	50	67	66	73	65	26	66	
Rwanda 1992	62	66	65	66	66	78	76	63	54	64	67	78	63	21	66	
Senegal 1997	57	62	61	60	56	79	66	57	50	60	60	67	59	18	60	
Sudán 1990	66	68	66	68	69	85	74	63	54	67	67	75	66	29	67	
Tanzania 1996	47	59	55	59	50	74	66	51	45	58	57	67	56	17	58	
Togo 1998	40	52	53	45	40	69	55	47	46	52	48	64	47	14	50	
Uganda 2000–01	61	71	65	73	65	88	77	63	53	69	71	75	69	28	70	
Zambia 1996	64	64	61	66	60	89	71	57	45	62	65	72	62	19	64	
Zimbabwe 1999	33	43	42	40	39	74	46	33	32	40	40	64	37	11	40	
ASIA Y EL PACÍFICO																
Bangladesh 1999–2000	40	44	45	43	40	76	45	37	28	42	44	64	40	16	43	
Cambodia 2000	55	55	55	55	50	89	61	53	46	56	53	73	52	21	55	
Filipinas 1998	62	69	68	69	64	99	80	59	44	65	67	73	66	36	66	
India 1998–99	61	63	62	64	62	85	67	51	47	62	63	75	61	28	62	
Indonesia 1997	35	37	37	34	41	81	44	31	29	37	35	57	34	15	36	
Nepal 2001	58	60	60	63	63	97	67	53	38	60	61	71	59	23	60	
Pakistán 1990–91	71	65	65	73	73	93	74	63	48	66	69	79	66	33	67	
Viet Nam 1997	37	53	64	50	50	ND	66	40	37	50	52	75	50	19	51	
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL																
Armenia 2000	48	63	ND	ND	56	93	70	32	18	54	58	77	55	34	56	
Kazajstán 1999	40	58	ND	ND	52	ND	69	36	24	48	55	75	49	32	51	
Rep. de Kirguizistán 1997	52	60	ND	ND	58	ND	77	43	24	58	59	84	56	30	58	
Turkmenistán 2000	59	75	61	62	69	ND	83	59	28	67	71	81	67	36	69	
Uzbekistán 1996	59	64	ND	ND	63	ND	77	47	38	60	65	77	62	30	63	
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE																
Bolivia 1998	54	69	62	68	51	96	72	55	45	62	61	75	60	28	61	
Brasil 1996	47	60	60	54	45	95	62	37	36	51	50	75	49	29	51	
Colombia 2000	45	56	55	53	44	93	60	39	26	49	49	56	49	27	49	
Guatemala 1998–99	60	72	72	68	54	97	76	59	51	65	71	76	67	32	68	
Haití 2000	57	69	68	66	54	96	71	65	50	64	67	74	64	27	66	
Nicaragua 1997–98	55	66	68	63	48	86	67	52	48	59	61	74	59	32	60	
Paraguay 1990	55	74	78	68	56	89	74	61	54	66	66	73	66	38	66	
Perú 2000	38	58	56	56	38	85	61	42	33	47	49	64	47	20	48	
Rep. Dominicana 1996	58	68	70	64	57	95	69	51	37	63	62	74	62	35	63	
CERCANO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE																
Egipto 2000	46	58	57	48	52	91	68	42	31	50	57	69	53	24	54	
Jordania 1997	72	81	70	71	75	97	88	66	47	72	75	85	73	44	74	
Marruecos 1992	51	67	64	52	50	93	73	59	47	61	62	80	60	26	62	
Turquía 1998	42	57	59	46	35	87	59	36	26	46	50	82	46	26	48	
Yemen 1997	66	69	68	73	68	95	76	63	51	67	70	75	68	37	68	
Número de países en los que 60% o más de las mujeres tienen intervalos menores de 3 años	18	35	31	28	19	50	47	15	2	28	29	53	26			

ND = no se dispone de datos Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (STATcompiler)

Population Reports

pués de un aborto espontáneo o de un mortinato, las mujeres respondieron que querían dar a sus cuerpos el tiempo necesario para descansar, recuperarse y tener más probabilidad de concebir un niño sano en el futuro (21).

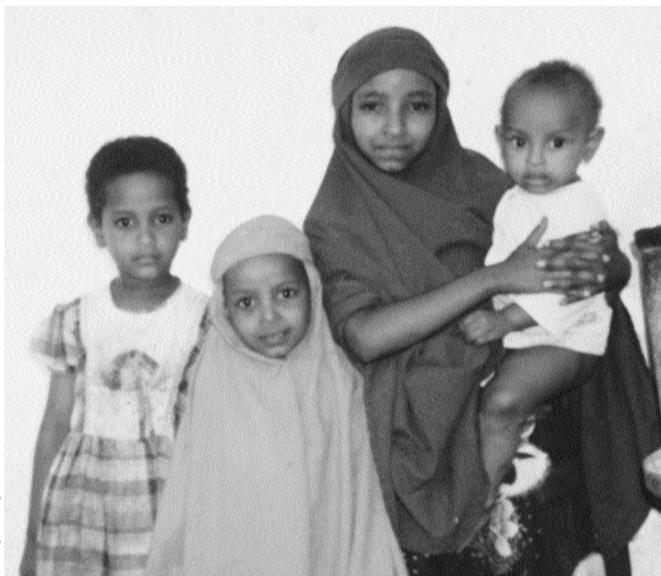
Salud infantil. Si el recién nacido sobrevive, pero es enfermo, las mujeres tienden a tener más pronto el próximo hijo. Una explicación es que los recién nacidos enfermos tienen menos probabilidad de tomar el pecho (112). Si los niños no pueden tomar el pecho frecuente e intensamente, las madres vuelven a ovular más rápidamente y, sin anticonceptivos y abstinencia sexual, no han de tardar mucho en quedar nuevamente embarazadas (115). Además, si una mujer teme que su hijo enfermo vaya a morir en la infancia, tal vez trate de tener a la brevedad un niño sano. Por la misma razón, las madres cuyos recién nacidos tienen bajo peso al nacer también pueden tener sin demora el hijo siguiente (18, 112).

Características de las mujeres

Son varias las características demográficas y socioeconómicas que influyen en las prácticas de espaciamiento de las mujeres. Está incluida entre ellas la edad de la mujer al nacer cada hijo, el número de hijos que ya tiene y el grado de instrucción, la condición social, la participación en la fuerza de trabajo y el lugar de residencia.

Edad materna y número de hijos. Las mujeres más jóvenes tienen más probabilidad que las mujeres de más edad de tener el hijo siguiente dentro de los 3 años (ver el cuadro 7). En los 50 países con datos de las EDS, sin excepción, 60% o más de las mujeres de 15 a 19 años de edad tienen intervalos genésicos menores de 3 años. En solo 2 países de 55, 60% de las mujeres de 40 años o más tienen intervalos genésicos menores de 3 años. En unos pocos países, como Botswana, Brasil, Etiopía y Togo, hay poca o ninguna diferencia después de los 30 años de edad.

En la mayoría de los países las mujeres con menos hijos tienen intervalos genésicos más cortos que las mujeres con más hijos, pero en algunos países ocurre lo contrario. En 21 países de 28 estudiados con datos de las EDS, las mujeres con uno o dos hijos tenían intervalos genésicos más cortos que las



Sammy Ndlovig

En esta familia de Somalia, tres hermanas cuidan al hermano más pequeño. En lugares donde la preferencia cultural por los hijos varones está muy arraigada, muchas parejas tienen otro hijo poco después del nacimiento de una hija y continúan teniendo hijos hasta que nace el varón.

mujeres con cuatro o cinco hijos. En 19 países de los 28, los intervalos genésicos eran de 2 meses menos o más cortos, y en 4 países los intervalos eran de 4 meses menos o más cortos. Pero en cinco países, Brasil, Colombia, Indonesia, Namibia y Paraguay, las mujeres con cuatro o cinco hijos tenían intervalos genésicos más cortos (105).

Educación. En 38 países de 51 con datos de las EDS, las mujeres sin ninguna instrucción tenían más probabilidad que las mujeres instruidas de espaciar los nacimientos por menos de 3 años (ver el cuadro 7). En siete países encuestados, sin embargo, las mujeres con instrucción secundaria o superior tenían más probabilidad de dejar intervalos menores de 3 años. Una explicación es que en esos países las mujeres con más educación se casan más tarde y tienen los hijos en rápida sucesión (35, 118, 147). En otros siete países hay poca o ninguna diferencia entre los intervalos genésicos de las mujeres sin ninguna instrucción y los de las mujeres con educación secundaria o superior.

Los investigadores no han explicado por qué el nivel educativo de las mujeres influye en los intervalos genésicos de distinta manera de un lugar a otro. Las diferencias en las preferencias acerca de la procreación pueden explicar algunas diferencias en el espaciamiento de los nacimientos (ver el recuadro de la pág. 7). En algunos países es más probable que las mujeres con un nivel educativo más alto practiquen la anticoncepción para prolongar los intervalos genésicos (166, 184). Además, estas mujeres tal vez trabajen fuera del hogar o vivan en regiones urbanas, condiciones ambas que pueden llevar a un espaciamiento más largo de los nacimientos.

Condición social y empleo. Las mujeres de condición más baja, sea dentro del hogar o de la sociedad, y las mujeres que no están empleadas tienden a tener intervalos genésicos más cortos que las mujeres de condición más alta o que están empleadas. En Turquía, por ejemplo, las mujeres con menos poder decisorio en cuestiones reproductivas y económicas y que típicamente no trabajan fuera del hogar, tienen intervalos genésicos 5,4 meses más cortos que las mujeres con más poder decisorio, que generalmente están empleadas (76). En la India, las mujeres de condición social y económica más baja tienen intervalos genésicos medianos de 14 meses, en comparación con 21 meses entre las mujeres de condición más alta (118). En algunos países la participación en la fuerza de trabajo tiene poco o ningún efecto en el momento cronológico en que las mujeres tienen el primer hijo, pero tiene influencia cuando estas tienen los hijos subsiguientes (46, 127). Además, las mujeres que trabajan fuera del hogar, sobre todo las que viven en zonas urbanas, pueden tener más instrucción y es más probable que practiquen la anticoncepción para espaciar los nacimientos (166).

Lugar de residencia. En 51 países de 55 encuestados por las EDS, las mujeres que viven en zonas rurales tienen más probabilidad que las que viven en zonas urbanas de tener intervalos genésicos de menos de 3 años. Las mayores diferencias se encuentran en América Latina y el Caribe, Europa Oriental y Asia Central. En solo tres países, Chad, Mozambique y Pakistán, es más probable que las mujeres de zonas urbanas tengan intervalos genésicos menores de 3 años que las mujeres de zonas rurales. En dos países hay poca o ninguna diferencia (ver el cuadro 7 de la pág. 15). Estos hallazgos no causan sorpresa, puesto que las mujeres de zonas urbanas tienen mejor acceso a la educación y el empleo.

Normas culturales

Las normas y costumbres culturales que influyen en las prácticas de espaciamiento incluyen la presión ejercida en la mujer para que esta demuestre su fecundidad, lactancia y

prácticas de abstinencia puerperal. Las preferencias por los hijos varones pueden también influir en los intervalos genésicos.

Presión para demostrar la fecundidad. Ante la presión de las familias o la sociedad para que procreen, las parejas quieren tener el primer hijo muy pronto después del matrimonio y continuar teniendo hijos rápidamente. En algunas sociedades el hecho de tener muchos hijos seguidos es signo de virilidad masculina y de fecundidad femenina. En la sociedad tradicional de la India, por ejemplo, la procreación confiere prestigio a la nueva esposa, de modo que las parejas tienen el primer hijo muy pronto (118, 148). La presión social para dar a luz a la brevedad posible también es común en el África Subsahariana y el Cercano Oriente y África del Norte (49).

Prácticas de amamantamiento. Sea que la mujer amamante o no, con cuánta frecuencia y por cuánto tiempo son todos factores que han de influir en sus prácticas de espaciamiento de los nacimientos (54, 72, 119, 208, 209). En la mayoría de los países en desarrollo casi todas las mujeres amamantan a sus hijos recién nacidos (65, 93). La lactancia materna, empero, difiere de una cultura a otra, tanto en duración como en frecuencia (93, 206). Entre las regiones en desarrollo la duración del amamantamiento se extiende desde un promedio de 14 meses en América Latina y el Caribe a 21 meses en el África Subsahariana (65).

Las prácticas de amamantamiento determinan por cuánto tiempo las mujeres permanecerán amenorreicas, sin menstruación, y por lo tanto con menos probabilidad de quedar embarazadas, después de dar a luz (207). Las mujeres que dan exclusivamente el pecho, o casi exclusivamente, permanecen amenorreicas por más largo tiempo (92). Entre 55 países con datos de las EDS, las mujeres del África Subsahariana tienen la duración mediana más larga de la amenorrea puerperal, desde unos 7 meses en Comoros a 17 meses en Rwanda. Las mujeres del Cercano Oriente y África del Norte tienen la duración más corta, de 3 meses en Turquía, a 6 meses en Yemen. La amenorrea también es más larga cuando la mujer tiene más hijos y vive en la pobreza (207).

Abstinencia después del parto. Las parejas que no practican la abstinencia sexual después del parto, evitando la actividad sexual por varios meses después del nacimiento, tienden a tener rápidamente el hijo siguiente. La abstinencia después del parto, empero, es común en numerosos países. Cuando esa abstinencia se prolonga por más tiempo que la amenorrea puerperal, esta práctica puede ayudar a las mujeres a demorar el embarazo siguiente.

Las creencias tradicionales suelen influir en la actividad sexual después del parto (149). En Lesotho, por ejemplo, las madres se mantienen separadas de sus maridos todo el tiempo que están amamantando pues creen que las relaciones sexuales con una madre lactante podrían estropear la leche de esta (98).

Mientras los tabúes contra la actividad sexual después del parto están muy extendidos, principalmente en África, la duración de la abstinencia después del parto varía grandemente dentro de los países y entre un país y otro (190). En 55 países encuestados por las EDS desde 1990, la duración mediana de la abstinencia después del parto en el África Subsahariana se extiende desde 2 meses en Uganda hasta 22 meses en Guinea. En otras partes, salvo pocas excepciones, el período oscila entre 1 mes y 3 meses. En los países donde el período de abstinencia después del parto es casi igual o más breve que el período amenorreico, como en Chad, Guatemala y Nepal, la abstinencia por sí sola tiene poco efecto en los intervalos genésicos (62).

En muchos países los efectos de la abstinencia después del parto y la amenorrea combinadas, la falta de susceptibilidad del postparto, explican el espaciamiento de los nacimientos por períodos de hasta 2 años (65, 179). En 26 de los 55 paí-

ses encuestados, la duración mediana de la falta de susceptibilidad del postparto es de 1 año o más, y de casi 2 años en Burkina Faso y Guinea. La duración mediana es de menos de 6 meses en solo nueve de los países encuestados.

Preferencia por el hijo varón. Las parejas que prefieren tener hijos varones tienden a tener el hijo siguiente poco después del nacimiento de una hija. En China, por ejemplo, entre las mujeres que habían dado a luz una hija, casi todas tuvieron el hijo siguiente dentro de un período de 37 meses. En cambio, entre las mujeres que habían dado a luz un varón, en su mayoría tuvieron el hijo siguiente dentro de un período de 46 meses (58). Entre los 55 países con datos, es más probable que en todas las regiones, excepto en América Latina, las mujeres tengan el hijo siguiente dentro de un período de 3 años después del nacimiento de una hija que después del nacimiento de un hijo (ver el cuadro 7, pág. 15).

La preferencia por los hijos varones es especialmente marcada en Asia Meridional y Oriental, donde las personas suelen valorar a los hijos de diferente manera que a las hijas. En Corea, por ejemplo, los hijos continúan el linaje familiar, elevan sus rezos a los antepasados y pueden ayudar a sostener a los padres en la vejez (96). De manera similar, en la India los hijos tienden a tener para sus padres un valor económico, social y religioso más alto (11), mientras las hijas pueden ser consideradas una desventaja económica (88).

Cómo pueden los programas ayudar a las parejas a espaciar los nacimientos

Aunque no siempre se aborda específicamente, la promoción del espaciamiento de los nacimientos ha sido por largo tiempo un objetivo principal de los programas de planificación familiar en todo el mundo (150). Los nuevos datos acerca de los beneficios que reporta espaciar los nacimientos con intervalos de 3 a 5 años constituyen un argumento en favor del renovado énfasis en ayudar a las parejas a espaciar los nacimientos, especialmente las mujeres jóvenes que quieren postergar por más tiempo el embarazo siguiente. La ampliación del acceso a servicios de planificación familiar de buena calidad a través de una variedad de vías ayudará a las mujeres a conseguir los intervalos que prefieren.

Las estrategias de los programas serán diferentes en las comunidades donde los intervalos genésicos preferidos son de menos de 3 años que en aquellas donde los intervalos preferidos son de más de 3 años. En los primeros, los programas pueden ocuparse más de crear mensajes que expliquen a todos los integrantes de la familia los beneficios de espaciamiento de los nacimientos mediante intervalos de 3 a 5 años. En lugares donde las mujeres y las parejas ya quieren intervalos genésicos más largos, los esfuerzos de los programas pueden concentrarse en aumentar el acceso y el uso continuo de métodos anticonceptivos para ayudar a la gente a alcanzar sus objetivos respecto al espaciamiento.

La creación de un mensaje efectivo

Los medios de difusión pública y los programas de comunicación podrían contribuir más a crear conciencia acerca de los beneficios del espaciamiento de los nacimientos. Por otra parte, es necesario comprender mejor qué mensajes producen

las mejores respuestas de los diferentes auditorios. Es necesario que los programas investiguen si la gente responde o no a los mensajes que destacan los beneficios para la salud, y también si responden o no a los mensajes que destacan los beneficios sociales de los intervalos genésicos más largos, como más ahorros, más tiempo y mayor atención de la familia. En una encuesta de 1992 en Nigeria, por ejemplo, por lo menos 85% de las mujeres y 68% de los hombres estuvieron de acuerdo con las declaraciones de que el espaciamiento ayuda a la madre a recuperar sus fuerzas antes de tener el hijo siguiente y de que el espaciamiento de los hijos protege la salud de las madres así como la de los niños (86). Al mismo tiempo, en las entrevistas realizadas en Uganda en 1992 se encontró que las mujeres que contemplaban positivamente el espaciamiento genésico citaban otros beneficios, como el de tener hijos mayores que ayuden a criar los hermanos menores. Una mujer dijo que el espaciamiento de los nacimientos ayuda a las mujeres a parecer más jóvenes. "Con un parto tras otro todos los años, una se ve enfermiza y fea", les dijo a los entrevistadores (50).

Puesto que en su mayoría las mujeres no toman por sí mismas decisiones sobre la planificación familiar, también son útiles

los mensajes dirigidos a los maridos, las suegras y otros familiares. Los beneficios del espaciamiento pueden atraer a todos los componentes de la familia. En un estudio realizado en Jordania en 1996, por ejemplo, un entrevistado resumió la variedad de beneficios de los intervalos genésicos más largos diciendo que los nacimientos espaciados "le dan a cada niño que nace el nivel apropiado de cuidado y atención y le dan a la esposa el tiempo necesario para descansar y recuperar su salud. Le dan al marido la oportunidad de considerar su situación financiera y planear el futuro de su familia" (52).

También es necesario investigar qué mensajes comprenderán y recordarán mejor todas las mujeres y las parejas. Los intervalos entre el momento de dar a luz y el embarazo siguiente pueden ser preferibles porque explican en qué momento la mujer puede quedar embarazada otra vez en lugar de cuándo puede volver a dar a luz. Algunos han sugerido un mensaje en el que se explique que una mujer deberá practicar la anticoncepción hasta que el último hijo tenga de dos a cuatro años de edad. Si recuerda este mensaje, la mujer no necesitará restar los nueve meses de embarazo, como tendría que hacer en el caso del intervalo intergenésico, entre uno y otro nacimiento, para calcular si ha dejado un intervalo suficiente para

beneficio de su salud (178). En Nepal, el siguiente refrán transmitido por las estaciones de radio en todo el país ilustra por cuánto tiempo las parejas han de espaciar los nacimientos: "Cuando el primer hijo vaya a la escuela, solo entonces un segundo hijo" (104).

En varios países las campañas de comunicación ya han comenzado a divulgar el mensaje de 3 años. En los carteles de la Asociación de Planificación Familiar de Ghana, por ejemplo, se insta a las parejas a dejar un intervalo de 2 a 3 años entre cada nacimiento (137). En los carteles de la Agencia Estatal de Innovaciones en los Servicios de Planificación Familiar de la India, se insta a las parejas a esperar por lo menos 3 años (176). El Ministerio Estatal de Salud de Nigeria estimula los intervalos de 3 a 4 años (122). En Bangladesh, se sugiere en los carteles que las parejas esperen 5 años entre cada nacimiento (158) (ver las fotos de esta página y la siguiente). En casi todas estas campañas de comunicación se señalan los beneficios sociales y económicos del espaciamiento para el público más bien que los beneficios para la salud.

¿Habrá que cambiar el mensaje? Los programas de comunicación que transmiten el nuevo mensaje de 3 a 5 años de intervalo quizá necesiten abordar el aparente conflicto con el mensaje anterior de 2 años para el espaciamiento. El mensaje de 2 años ha gozado de amplio reconocimiento. Por ejemplo, cuando se preguntó en las encuestas cuál es el mejor número de meses entre los nacimientos, casi todas las mujeres de la mayoría de los países respondieron que lo mejor es un intervalo de 2 años o más (15). En Malawi, 95% de las mujeres respondieron en una encuesta que lo deseable es un intervalo de 24 meses, y 59% dijeron que una espera de 36 meses es aún más deseable (189).

Puesto que tanta gente cree que el intervalo intergenésico preferido es de 2 años, los cambios que se efectúen en un mensaje bien establecido tendrán que manejarse con mucho tacto. Si las personas comienzan a oír que el intervalo de 3 años es mejor que el de 2, pueden preguntarse, perplejas, por qué el intervalo preferido ha "cambiado". Los hechos en sí mismos, naturalmente, no han cambiado. Los mensajes pueden transmitir que la

Well spaced children are every parent's joy

Each child deserves the best you can offer. Use child spacing to ensure that each child is fed well, clothed, and educated. Have only the number of children you can adequately cater for, space them well for a better, healthier life. Well spaced children are every parent's joy: Space your children 3 - 4 years apart.

For the love of your family, go for child spacing today

Visit the family planning / child spacing clinic nearest to you

FEDERAL MINISTRY OF HEALTH

Ministerio Federal de Salud de Nigeria, División de Educación sobre Salud

En Nigeria, el Ministerio de Salud insta a las familias a espaciar los nacimientos por 3 a 4 años. Los carteles (como este que dice: "Los niños bien espaciados son la alegría de todo padre") y otros medios de difusión pueden informar a los padres que el espaciamiento de los nacimientos contribuye a mejorar la salud y puede ayudar a las familias a sostener mejor a sus hijos.

supervivencia del niño mejora claramente con la espera de 2 años entre cada nacimiento, pero que mejor aún es esperar 3 a 5 años. Sobre todo, los mensajes deberán comunicar que los intervalos mejores son los que las mujeres elijan por sí mismas de acuerdo a las circunstancias de cada una.

En cuanto a la redacción de los mensajes, se puede empezar por encontrar un término adecuado para el espaciamiento de los nacimientos o los intervalos más largos sin confundir el término con la planificación familiar en general. En muchos lugares en los que la planificación familiar no goza aún de la aceptación general, se la sustituye por la frase “espaciamiento de los nacimientos”, que es más aceptable (194). En Jordania, por ejemplo, donde muchas personas creen que solo Dios determina el número de niños y el momento en que han de nacer, una importante iniciativa del programa nacional de planificación familiar se ha denominado Proyecto de Espaciamiento de los Nacimientos de Jordania (12, 135, 174). Generalmente los programas con nombres que incluyen la frase “espaciamiento de los nacimientos” se ocupan de aumentar el uso de anticonceptivos más bien que de lograr específicamente intervalos genésicos más largos.

En algunos idiomas no existe una frase equivalente a “espaciamiento de los nacimientos”, y los que abogan por el espaciamiento tal vez necesiten acuñar nuevos términos basándose en las investigaciones y análisis del público. Anteriormente a 1990 el nombre genérico de planificación familiar en nepalés era “pariwar niyogen”, comúnmente empleado para referirse a la esterilización. Los programas de planificación familiar tenían el problema de que cuando los agentes de salud les aconsejaban a los aldeanos que “usaran un método de planificación familiar” estos entendían que “tuvieran una vasectomía o una ligadura tubárica” —consejo que las parejas jóvenes no encontrarían muy atrayente (204).

A principios de los años 1990, World Education, Inc./Nepal, en colaboración con el Ministerio de Educación y Cultura y el Programa de Tecnología Apropiada en Salud, condujo por primera vez discusiones de grupos de enfoque para aprender cómo hablan los aldeanos acerca del espaciamiento de los nacimientos. Los agricultores nepaleses mencionaron que ellos a menudo dejan que las batatas, las batatillas, el gengibre y la caña de azúcar crezcan por 3 años antes de cosecharlos, y por lo tanto una analogía con estos cultivos tendría sentido en los mensajes de promoción de los intervalos de 3 a 5 años entre los nacimientos. Por medio de un certamen se obtuvieron varios términos posibles para el espaciamiento de los nacimientos, y las pruebas sobre el terreno determinaron que uno de los términos (“janma antar”, que literalmente quiere decir “separación entre los nacimientos”) era el que mejor se entendía y el más aceptable de los términos, tanto entre los aldeanos como entre los administradores del programa de planificación familiar. Actualmente, el Ministerio de Salud, el Proyecto de Ventas Minoristas de Anti-

conceptivos y las organizaciones no gubernamentales usan en todo el país el término “janma antar” en los materiales de adiestramiento y comunicación con los clientes (168). Con más investigaciones y el uso de diferentes mensajes sobre el espaciamiento de los nacimientos, saldrán a relucir los mejores y la tarea será más fácil para los que abogan por un mayor conocimiento de los beneficios de los intervalos más largos entre los nacimientos.



A la izquierda: este logotipo de metal que se utiliza en Nepal en la capacitación de los proveedores y la educación de los clientes ilustra cómo las parejas deben esperar hasta que el hijo mayor vaya a la escuela antes de tener otro hijo. A la derecha: este cartel de la India sugiere que las parejas esperen 3 años antes de tener un segundo hijo.

Ampliación del acceso y los centros de distribución

Muchas mujeres no podrán adoptar los intervalos que prefieren entre los nacimientos a menos que tengan mejor acceso a los suministros y servicios de planificación familiar apropiados para el espaciamiento. Algunas organizaciones de asistencia técnica están ocupándose de ampliar el acceso para que la gente pueda espaciar más los nacimientos.

Un objetivo principal del Catalyst Consortium <www.rhccatalyst.org> es difundir más el conocimiento de que un intervalo de 3 a 5 años entre cada nacimiento es un intervalo óptimo (177). Mediante el ofrecimiento de orientación técnica, la organización de conferencias y la publicación de los resultados de las investigaciones, el Consorcio propicia la toma de conciencia entre las agencias públicas de salud y asiste a los gobiernos en el desarrollo de normas que recomiendan intervalos de 3 a 5 años como intervalo óptimo entre los nacimientos, de acuerdo con los nuevos datos. EngenderHealth <www.engenderhealth.org> proporciona asistencia técnica para el espaciamiento de los nacimientos, especialmente en entornos clínicos, de modo que las mujeres reciban servicios de mejor calidad para alcanzar sus objetivos con respecto al espaciamiento. Ayuda a los países a actualizar las normas y protocolos nacionales de prestación de servicios para incorporar las recomendaciones de intervalos de 3 a 5 años (136).





En Nicaragua este folleto describe los anticonceptivos que las parejas pueden usar después del nacimiento de un hijo. Tanto el período prenatal como el puerperal son los más oportunos para suministrar información sobre el espaciamiento de los nacimientos.

En numerosos estudios se ha encontrado que esos servicios de buena calidad permiten que las personas continúen practicando la anticoncepción por muchos años (75, 91).

En el Proyecto PRIME II <www.prime2.org> se utilizan los métodos de Performance Improvement (Mejoramiento del Funcionamiento) para determinar de qué manera los proveedores de atención de salud pueden mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar ofrecidos a las mujeres que quieren espaciar los nacimientos. Los proveedores de servicios quizá necesiten conocer nuevas técnicas de interacción entre el cliente y el proveedor para responder mejor a las necesidades en materia de espaciamiento de las mujeres más jóvenes de baja paridad. El Proyecto PRIME II pone el acento en el aprendizaje autodirigido y la instrucción interactiva a fin de que los proveedores de servicios no necesiten dejar el local donde prestan servicios para aprender nuevas técnicas (78).

Acceso a las fuentes de suministro. El acceso a servicios anticonceptivos de buena calidad y a una variedad de métodos ayuda a las personas a espaciar los nacimientos. A veces es indispensable tener una fuente de abastecimiento cercana para continuar usando los anticonceptivos. La ampliación de los tipos de prestación de servicios puede permitir que haya una selección mayor en lugares más próximos al domicilio de los clientes, especialmente para aquellos que los programas convencionales tienen dificultad en atender, como las mujeres jóvenes, las personas de bajos ingresos y las mujeres a quienes les resulta difícil salir del hogar (138). Los programas pueden distribuir métodos a través de la distribución basada en la comunidad, las ventas en el sector privado, con inclusión de la comercialización social y los proveedores particulares, y también a través de los dispensarios de planificación familiar y los hospitales.

Una completa variedad de métodos. Cuanto más métodos anticonceptivos haya disponibles, mayor será el número de

Continuidad de la atención. Las personas que quieren espaciar los nacimientos tienen necesidades especiales que los programas de planificación familiar generalmente no satisfacen adecuadamente. Esta observación se basa en el hecho de que la necesidad insatisfecha relacionada con el espaciamiento presenta niveles más altos que la relacionada con la limitación de los nacimientos (ver la pág. 12). Las mujeres que quieren espaciar los nacimientos necesitan atención continua para seguir usando anticonceptivos y dejar transcurrir los intervalos preferidos (30, 77, 192), para dejar de usarlos a fin de quedar embarazadas, y después del parto, para comenzar a usar un método que resulte apropiado durante la lactancia (82).

parejas deseosas de espaciar los nacimientos que tengan a su alcance un método satisfactorio. Todos los programas deberán ofrecer al menos varios métodos temporales, como condones, píldoras, inyectables, implantes o DIU, además de los permanentes. Para la práctica continua de la planificación familiar es esencial tener la opción de cambiar un método por otro y elegir un método diferente después de dar a luz (60). Los proveedores deberán dejar en claro que todos los clientes tienen la opción de cambiar de método en cualquier momento y tantas veces como sea necesario y que deberán volver si experimentan cualquier problema (188).

Actualmente algunas mujeres no siempre pueden conseguir los métodos anticonceptivos que prefieren (157). En numerosos programas, el agotamiento de existencias y otros problemas de la cadena de suministros impiden que las mujeres que quieren intervalos más largos entre los nacimientos obtengan un suministro continuo del método preferido (146, 163, 164). El ofrecimiento de una variedad de métodos también ayuda a asegurar que al menos algunos métodos se hallen siempre disponibles aun cuando lleguen a faltar otros (31). Otras mujeres no quieren usar los métodos de planificación familiar ofrecidos, pero no saben que pueden controlar los intervalos entre los nacimientos con el Método de la Amenorrea de la Lactancia (LAM) u otros métodos basados en el conocimiento de la propia fertilidad (40). El ofrecimiento de una amplia variedad de métodos anticonceptivos, junto con información correcta acerca de los beneficios del espaciamiento ayudarán a las mujeres a dejar intervalos más largos entre los nacimientos.

Trabajo en colaboración con las comunidades. Las normas comunitarias ayudan a modelar las decisiones y expectativas de las personas acerca de los intervalos genésicos (ver la pág. 17). Las campañas de comunicación dirigidas a las necesidades de las parejas más jóvenes y a los nuevos padres pueden ayudar a convertir los intervalos de 3 a 5 años en norma social. Un mayor conocimiento acerca de las prácticas de espaciamiento de las mujeres y de las necesidades de estas puede resultar útil para la creación de mensajes sobre el espaciamiento de los nacimientos. Además, los proveedores pueden asesorar mejor a las mujeres si comprenden las prácticas culturales y las creencias tradicionales, incluidos los tabúes sobre el amamantamiento durante el embarazo y las relaciones sexuales durante la lactancia (187).

El Catalyst Consortium está dirigiendo discusiones de grupos de enfoque en cinco países: Bolivia, Egipto, India, Pakistán y Perú, a fin de aprender por qué las mujeres escalonan los nacimientos. Esperan así comprender cuáles son los intervalos ideales y, en el caso de las mujeres que prefieren intervalos de 3 a 5 años, cuáles son los beneficios que más las motivan. El Consorcio planea publicar los resultados en 2002. Los resultados se usarán en el desarrollo de módulos de adiestramiento para perfeccionar la orientación (177).

Atención prenatal y puerperal. Los períodos prenatal y puerperal y hasta un año después de que la mujer da a luz son de importancia crucial para la información y orientación sobre el espaciamiento de los nacimientos puesto que, en su mayoría, las mujeres ven a los proveedores de atención de salud con más frecuencia durante este período (48). Generalmente en estos encuentros rara vez hay oportunidad de conversar y asesorar sobre el espaciamiento de los nacimientos (157). Durante el período prenatal los proveedores de atención de salud pueden hablar sobre los beneficios para la salud del espaciamiento de los embarazos e instar a las mujeres a continuar recibiendo atención de salud reproductiva entre los embarazos (89).

Como parte de la atención del puerperio, los proveedores pueden informar a las mujeres acerca de LAM, explicándoles que durante los primeros seis meses del bebé, el amamanta-

miento exclusivo o casi exclusivo puede prevenir el embarazo, siempre que la mujer no haya menstruado aún (66, 205). Los proveedores pueden aconsejar a las mujeres que los DIU, los condones y los métodos vaginales son apropiados durante la lactancia. Los métodos hormonales no constituyen la primera opción, pero las píldoras con progestina solamente, los inyectables y los implantes pueden usarse después del período puerperal de seis semanas (66, 82). Los métodos hormonales combinados, los anticonceptivos orales combinados y los inyectables mensuales, deberán evitarse puesto que pueden reducir la producción de leche de la madre.

Programas de salud infantil. Puesto que el espaciamiento de los nacimientos ayuda a proteger la salud del niño, el mensaje sobre los intervalos de 3 años complementa los programas de salud infantil. Las visitas del niño sano y las de inmunización ofrecen al personal de salud la oportunidad de aconsejar a los padres de niños pequeños acerca de los beneficios de esperar 3 a 5 años hasta el próximo nacimiento. Por supuesto que estos intervalos de 3 a 5 años no aseguran por sí solos la supervivencia y buena salud del niño. Los padres pueden ayudar a salvaguardar la salud del hijo si se aseguran de tener atención especializada durante el parto, en condiciones estériles, mantienen abrigado al recién nacido, comienzan el

amamantamiento exclusivo inmediatamente y lo suplementan con alimentos complementarios nutritivos después de los seis meses, mantienen la higiene durante la infancia y la niñez y consiguen todas las inmunizaciones recomendadas (41). Las mujeres VIH-positivas pueden evitar el amamantamiento y recurrir, si es posible, a la lactancia con preparados libres de impurezas que se hallen a su alcance y estén siempre disponibles (120).

El mejoramiento de la condición de la mujer. A la larga, el mejoramiento de la condición de la mujer puede contribuir a la adopción de intervalos más largos entre los nacimientos. Por ejemplo, si los padres llegan a sentir que su bienestar no depende de que los hijos sean niñas o varones, tal vez querrán esperar más antes de tener otro hijo (132). Cuando las mujeres tienen más poder decisorio en el hogar, tienden a tener intervalos más largos entre los nacimientos (ver la pág. 16). La condición de la mujer puede mejorar si se eleva la edad al casarse, se aumenta la educación y se amplían las oportunidades de empleo. Con mejores oportunidades, la mujer podrá decidir acerca del espaciamiento de los nacimientos y de la procreación en general, teniendo en cuenta qué es lo más conveniente desde el punto de vista de la salud. (*La versión en español de este número se publicó en febrero de 2003.*)

Bibliografía

Se señalan con un asterisco (*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación de este número de **Population Reports**.

1. ABOYEJI, A. and IJAIYA, M. Uterine fibroids: A ten-year clinical review in Ilorin, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine* 11(1): 16-19. Jan./Mar. 2002.
2. ADAIR, L., POPKIN, B., and GUILKEY, D. The duration of breastfeeding: How is it affected by biological, socioeconomic, health sector, and food industry factors? *Demography* 30(1): 63. 1994.
3. ADAMCHAK, D.J. and MBIZVO, M.T. The relationship between fertility and contraceptive prevalence in Zimbabwe. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Toronto, Canada, May 3-5, 1990. 8 p. (Unpublished)
4. ADONGO, P.B., PHILLIPS, J.F., and BINKA, F.N. The influence of traditional religion on fertility regulation among the Kassena-Nankan of Northern Ghana. *Studies in Family Planning* 29(1): 23-40. Mar. 1998.
5. AGADJANIAN, V. and PRATA, N. War, peace, and fertility in Angola. *Demography* 39(2): 215-231. May 2002.
6. AHMED, T. Unmet need for contraception in Pakistan: Pattern and determinants. *Demography* India 22(1): 31-51. Jan./Jun. 1993.
7. ALAM, N. Birth spacing and infant and early childhood mortality in a high fertility area of Bangladesh: Age-dependent and interactive effects. *Journal of Biosocial Science* 27(4): 393-404. Oct. 1995.
8. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI). Hopes and realities: Closing the gap between women's aspirations and their reproductive experiences. New York, AGI, 1995. 56 p.
9. ALAUDDIN, M. and MACLAREN, L. Reaching newlywed and married adolescents. In *Focus, Focus on Young Adults*, Jul. 1999. p. 1-4.
10. ALI, E.D. The proximate determinants of child survival in the northern regions of the Sudan, 1989/90. Proceedings of the Cairo Demographic Centre (CDC) 23rd Annual Seminar on Population and Development Issues in the Middle East, Africa, and Asia, Cairo, Egypt, 1994. CDC, p. 1081-1120.
11. ARNOLD, F., CHOE, M.K., and ROY, T.K. Son preference, the family-building process and child mortality in India. *Population Studies* 52(3): 301-315. Nov. 1998.
12. BAHOUS, S., ABU LABAN, A., AL-QUTOB, R., and MAWAJDEH, S. Population policies and population communication in Jordan: Shy responses to serious challenges. Presented at the Population Council Symposium on Family, Gender, and Population Policy: International Debates and Middle Eastern Realities, Cairo, Egypt, February 7-9, 1994. 40 p. (Unpublished)
13. BAJEKAL, N. and LI, T.C. Fibroids, infertility and pregnancy wastage. *Human Reproduction Update* 6(6): 614-620. Nov./Dec. 2000.
14. BANKOLE, A. Desired fertility and fertility behavior among the Yoruba of Nigeria: A study of couple preferences and subsequent fertility. *Population Studies* 49(2): 317-328. Jul. 1995.
- *15. BANKOLE, A. and WESTOFF, C.F. Childbearing attitudes and intentions. Calverton, Maryland, Macro International, Dec. 1995. (*Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 17*) 32 p.

16. BARKAT, A., HOUVRAS, I., MACLAREN, L., BEGUM, S., CHOWDHURY, E.I., ISLAM, M., REZA, T., and SABINA, N. The RSDP/Pathfinder Bangladesh newlywed strategy: Results of an assessment. Washington, DC, FOCUS on Young Adults, Aug. 1999.
17. BARNETT, B. and STEIN, J. Women's voices, women's lives: The impact of family planning. North Carolina, The Women's Studies Project, Jun. 1998.
18. BEREZKEI, T., HOFER, A., and IVAN, Z. Low birth weight, maternal birth-spacing decisions, and future reproduction. A cost-benefit analysis. *Human Nature* 11(2): 183-205. 2000.
19. BERENDES, H.W. Maternal determinants of perinatal mortality and of intrauterine growth retardation and preterm delivery. In: Baum, J.D., ed. *Birth Risks*. Nestle Nutrition Workshop Series Vol. 31. New York, Raven Press, 1993. p. 47-58.
20. BERGSTROM, S. Genital infections and reproductive health: Infertility and morbidity of mother and child in developing countries. *Scandinavian Journal of Infectious Disease* 69(Suppl.): 99-105. 1990.
21. BLEDSOE, C., BANJA, F., and HILL, A.G. Reproductive mishaps and Western contraception: An African challenge to fertility theory. *Population and Development Review* 24(1): 15-57. Mar. 1998.
22. BLEDSOE, C.H., HILL, A.G., D'ALESSANDRO, U., and LANGEROCK, P. Constructing natural fertility: The use of Western contraceptive technologies in rural Gambia. *Population and Development Review* 20(1): 81-113. Mar. 1994.
23. BOERMA, J.T. and BICEGO, G.T. Preceding birth intervals and child survival: Searching for pathways of influence. *Studies in Family Planning* 23(4): 243-256. Jul./Aug. 1992.
24. BOGUE, D.J. Introduction to pregnancy/birth interval analysis. In: Bogue, D.J., Arriaga, E.E., Anderson, D.L., and Rumsey, G.V., eds. *Readings in Population Research Methodology*. Fertility Research. Vol. 3. Chicago, Illinois, Social Development Center, p. 59-64.
25. BOHLER, E. Has primary health care reduced infant mortality in East Bhutan? The effects of primary health care and birth spacing on infant and child mortality patterns in East Bhutan. *Journal of Tropical Pediatrics* 40(5): 256-260. Oct. 1994.
26. BOHLER, E. and BERGSTROM, S. Subsequent pregnancy affects morbidity of previous child. *Journal of Biosocial Science* 27(4): 431-442. Oct. 1995.
27. BONGAARTS, J. The measurement of wanted fertility. New York, Population Council, Research Division, (Working Paper No. 10) 35 p.
28. BONGAARTS, J. The fertility impact of changes in the timing of childbearing in the developing world. *Population Studies* 53(3): 277-289. Nov. 1999.
29. BONGAARTS, J. and FEENEY, G. On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review* 24(2): 271-291.
30. BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91. Mar/Apr. 1990.
31. BRUCE, J. and JAIN, A. Improving the quality of care through operations research. In: Seidman, M. and Horn, M.C., eds. *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better*. New York, Wiley-Liss, 1991. p. 259-282.
32. CABIGON, J.V. The effects of birthspacing and breastfeeding on childhood mortality in the Philippines. *Journal of Population* 3(1): 1-18. Jun. 1997.
33. CALDWELL, J.C. The population factor in African change. In: Radwan, A.M.A.S., ed. *Economic and Demographic Change in Africa*. Oxford, England, Clarendon Press, p. 11-35.
34. CHI, P.S. and HSIN, P.L. Family structure and fertility behav-

- ior in Taiwan. Ithaca, New York, Cornell University, Population and Development Program, (Population and Development Program Working Paper Series 93.05) 13 p.
35. CHOE, M.K., THAPA, S., and AHMAD, S. Early marriage and childbearing in Indonesia and Nepal. Honolulu, Hawaii, East-West Center, Nov. 2001. 16 p.
- *36. CONDE-AGUDELO, A. Effect of interpregnancy interval on adverse perinatal outcomes in Latin America. Proceedings of the 2nd Champions Meeting on Birth Spacing, Washington, DC, CATALYST Consortium, 20-29 p.
37. CONDE-AGUDELO, A. Interpregnancy interval among adolescents whose previous pregnancy ended in abortion in Latin America. [Power Point Presentation]. Presented at the Birth Spacing Champions Working Groups Meeting, Washington, D.C., May 2, 2002. Catalyst Consortium. 1 p.
- *38. CONDE-AGUDELO, A. and BELIZAN, J.M. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: Cross sectional study. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 321(7271): 1255-1259. Nov. 18, 2000.
39. CONDE-AGUDELO, A. and BELIZAN, J.M. Effect of interpregnancy interval on adverse perinatal outcomes in Latin America. *Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano*, 2002. (forthcoming report)
40. COONEY, K.A., KONIZ-BOOHER, P., and COLY, S. Taking the first steps: The lactational amenorrhea method, a decade of experience. Final report of the Breastfeeding and MCH Division of the Institute for Reproductive Health (IRH), Washington, DC, Georgetown University, IRH, 1997. 126 p.
41. COSTELLO, A., FRANCIS, V., BYRNE, A., and CLAIRE, P. State of the World's Newborns. Washington, DC, Save the Children, 2001. 50 p.
42. CURTIS, S.L., DIAMOND, I., and MCDONALD, J.W. Birth interval and family effects on postneonatal mortality in Brazil. *Demography* 30(1): 33-43. Feb. 1993.
43. DAS, N.P. The effect of birth spacing on current fertility. *Journal of Family Welfare* 36(4): 36-45. Dec. 1990.
44. DE GRAFT-JOHNSON, J.E. Maternal morbidity in Ghana. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Miami, Florida, May 5-7, 1994. 33 p.
45. DEFO, B.K. Effects of infant feeding practices and birth spacing on infant and child survival: A reassessment from retrospective and prospective data. *Journal of Biosocial Science* 29(1): 303-326. 1997.
46. DEROSE, L.F. Women's work and birthspacing in Ghana. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Cincinnati, Ohio, Apr. 1-3, 1993. 22 p. (Unpublished)
47. ELTIGANI, E.E. Childbearing in five Arab countries. *Studies in Family Planning* 32(1): 17-24. Mar. 2001.
48. ENGENDERHEALTH. Postpartum Family Planning. Presented at the FP and Clinical Services Teams Meeting, Jul. 30, 2002.
49. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Family planning and women's lives. *Network* 18(4): 35. Summer 1998.
50. FAMILY PLANNING ASSOCIATION OF UGANDA and JOHNS HOPKINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. POPULATION COMMUNICATION SERVICES (JHU/PCS). Family planning: We cannot use what we do not understand. Qualitative research on family planning in Uganda. Baltimore, Maryland, JHU/PCS, Oct. 1992. 43 p.
51. FARAHATI, M., BOZORGI, N., and LUKE, B. Influence of maternal age, birth-to-conception intervals and prior perinatal factors on perinatal outcomes. *Journal of Reproductive Medicine* 38(10): 751-756. Oct. 1993.
52. FARSOON, M., KHOURY, N., and UNDERWOOD, C. In

- their own words: A qualitative study of family planning in Jordan. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health Center for Communication Programs, Oct. 1996. (Field Report No. 6) 44 p.
53. FORSTE, R. The effects of breastfeeding and birth spacing on infant and child mortality in Bolivia. *Population Studies* 48(3): 497-511. Nov. 1994.
54. FORSTE, R. Effects of lactation and contraceptive use on birth-spacing in Bolivia. *Social Biology* 42(1-2): 108-123. Spring/Summer 1995.
55. FORTNEY, J.A. and ZHANG, J. Maternal death and birth spacing. *Studies in Family Planning* 29(4): 436. Dec. 1998.
- *56. FUENTES-AFFLICK, E. and HESSOL, N.A. Interpregnancy interval and the risk of premature infants. *Obstetrics and Gynecology* 95(3): 383-390. Mar. 2000.
57. GARNER, P., SMITH, T., BAEA, M., LAI, D., and HEYWOOD, P. Maternal nutritional depletion in a rural area of Papua New Guinea. *Tropical and Geographical Medicine* 46(3): 169-171. 1994.
58. GRAHAM, M.J., LARSEN, U., and XU, X. Son preference in Anhui Province, China. *International Family Planning Perspectives* 24(2): 72-77. Jun. 1998. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2407298.html>>, Accessed Jul. 4, 2002)
59. GREENE, D.L. Contraceptive use for birth spacing in sub-Saharan Africa. *Dissertation Abstracts International* 59(8-a): 3221. 1999.
60. GREENWELL, K.F. Contraceptive method mix menu: Providing healthy choices for women. *World Health Statistics Quarterly* 49(2): 88-93. 1996.
61. GRIBBLE, J.N. Birth intervals, gestational age, and low birth weight: Are the relationships confounded? *Population Studies* 47(1): 133-146. Mar. 1993.
- *62. GRUMMER-STRAWN, L.M., STUPP, P.W., and MEI, Z. Effect of a child's death on birth spacing: A cross-national analysis. In: Montgomery, M.R. and Cohen, B., eds. *From Death to Birth: Mortality Decline and Reproductive Change*. Washington, D.C., National Academy Press, 1998. p. 39-73.
63. GYIMAH, S.O. The dynamics of spacing and timing of births in Ghana. London, Canada, Population Studies Centre, University of Western Ontario, May 2002. 34 p. (Available: <<http://www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dpdp02-02.pdf>>, Accessed Jul. 17, 2002)
64. GYIMAH, S.O. Lagged effect of childhood mortality on reproductive behavior in Ghana and Kenya. London, Canada, Population Studies Centre, University of Western Ontario, May 2002. 23 p. (Available: <<http://www.ssc.uwo.ca/sociology/popstudies/dpdp02-03.pdf>>, Accessed Jul. 27, 2002)
65. HAGGERTY, P.A. and RUTSTEIN, S.O. Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding. Calverton, Maryland, Macro International, Inc., Jun. 1999. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 30) 281 p.
66. HATCHER, R.A., RINEHART, W., BLACKBURN, R., GELLER, J.S., and SHELTON, J.D. *The Essentials of Contraceptive Technology*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1997. 340 p.
67. HIGGINS, P.A. and ALDERMAN, H. Labor and women's nutrition: A study of energy expenditure, fertility, and nutritional status in Ghana. Washington, DC, World Bank, Oct 1992. 41 p.
68. HOA, H.T., TOAN, N.V., JOHANSSON, A., HOA, V.T., HOJER, B., and PERSSON, L.A. Child spacing and two-child policy in practice in rural Vietnam: Cross sectional survey. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)* 313(7065): 1113-1116. Nov. 2, 1996.
69. HOBBCRAFT, J. Child spacing and child mortality. Presented at the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, D.C., Aug. 5-7, 1991. Population Investigation Committee, London School of Economics. 14 p.
- *70. HOBBCRAFT, J., MCDONALD, J.W., and RUTSTEIN, S. Childspacing effects of infant and early child mortality. *Population Index* 49(4): 585-618. 1983.
71. HOGAN, D.P., BERHANU, B., and HAILEMARIAM, A. Household organization, women's autonomy, and contraceptive behavior in southern Ethiopia. *Studies in Family Planning* 30(4): 302-314. Dec. 1999.
72. HUFFMAN, S.L. and LABBOK, M.H. Breastfeeding in family planning programs: A help or a hindrance? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 47(Suppl): S23-S32. Dec. 1994.
73. HUTTER, I. Reproductive health and child spacing in rural South India: Contribution to a reorientation of population policies in India. Background paper. Groningen, Netherlands, University of Groningen, Faculty of Spatial Sciences, 1998. (Demographic Reports No. 23) 154 p.
74. IKAMARI, L. Birth intervals and child survival in Kenya. *African Journal of Health Sciences* 5(1): 15-24. Jan./Mar. 1998.
75. INAKO, E., WAKAI, S., NAKAMURA, Y., AL BABILY, Y., and SAGHAYROUN, A.A. Correlates of visit regularity among family planning clients in urban Yemen. *Advances in Contraception* 15(4): 257-274.
76. ISVAN, N.A. Productive and reproductive decisions in Turkey: The role of domestic bargaining. *Journal of Marriage and the Family* 53(4): 1057-1070. Nov. 1991.
77. JAIN, A. Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority? *International Family Planning Perspectives* 25(Suppl.): S39-S43. S49. Jan. 1999.
78. JANSEN, W. (Prime II) [Prime II Project Description] Personal communication, Aug. 29, 2002.
79. JANSEN, W., FRICK, D., and MASON, R. The "X" factor in birth-spacing: Age and parity in demand and need for birth-spacing in 15 developing countries. Presented at the Population Association of America, Atlanta, May 9-11, 2002. University of North Carolina, Chapel Hill.
80. JELIFFE, D. and MADDOCKS, I. Ecological malnutrition in the New Guinea Highlands. *Clinical Pediatrics* 3: 423-428. 1964.
81. KALLAN, J.E. Effects of interpregnancy intervals on preterm birth, intrauterine growth retardation, and fetal loss. *Social Biology* 39(3-4): 231-245. Fall/Winter 1992.
82. KENNEDY, K.I. Post-partum contraception. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 10(1): 25-41. Apr. 1996.
83. KHAN, K.S., CHIEN, P.F., and KHAN, N.B. Nutritional stress of reproduction. A cohort study over two consecutive pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77(4): 395-401. Apr. 1998.
84. KHAN, M.E. and CERNADA, G. Promoting spacing: A step towards paradigm shift. In: Khan, M.E. and Cernada, G., eds. *Spacing as an Alternative Strategy*. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996. p. 1-6.
85. KHANNA, H. Present status and future directions for increasing the use of information, education and communication for promoting spacing methods. In: Khan, M.E. and Cernada, G., eds. *Spacing as an Alternative Strategy*. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996. p. 217-226.
86. KIRAGU, K., KRENN, S., KUSEMIJU, B., AJIBOYE, J.K., CHIDI, I., and KALU, O. Promoting family planning through mass media in Nigeria: Campaigns using public service announcements and a national logo. Baltimore, Maryland, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Jul. 1996. (IEC Field Report No. 5) 58 p.
- *87. KIRK, D. and PILLET, B. Fertility levels, trends, and differentials in sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning* 29(1): 1-22. Mar. 1998.
88. KISHOR, S. Gender differentials in child mortality: A review of the evidence. In: Das Gupta, M., Chen, L.C., and Krishnan, T.N., eds. *Women's Health in India: Risk and Vulnerability*. Bombay, Oxford University Press, 1995.
89. KLERMAN, L.V., PHELAN, S.T., POOLE, V.L., and GOLDENBERG, R.L. Family planning: An essential component of prenatal care. *Journal of the American Medical Womens Association* 50(5): 147-151. Sep./Oct. 1995.
90. KOENIG, M.A., PHILLIPS, J.F., CAMPBELL, O.M., and D'SOUZA, S. Birth intervals and childhood mortality in rural Bangladesh. *Demography* 27(2): 251-265. May 1990.
91. KOLS, A. and SHERMAN, J.E. Family planning programs: Improving quality. Series J, No. 47. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. 40 p.
92. LABBOK, M.H., PEREZ, A., VALDES, V., SEVILLA, F., WADE, K., LAUKARAN, V.H., COONEY, K.A., COLY, S., SANDERS, C., and QUEENAN, J.T. The Lactational Amenorrhoea Method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Advances in Contraception* 10(2): 93-109. Jun. 1994.
- *93. LABBOK, M.H., PEREZ-ESCAMILLA, R., PETERSON, A.E., and COLY, S. Breastfeeding and child spacing: Country profiles. Washington, DC, Georgetown University, Institute for Reproductive Health, 1997. 97 p.
94. LANG, J., LIEBERMAN, E., RYAN, K., and MONSON, R. Interpregnancy interval and risk of preterm labor. *American Journal of Epidemiology* 132(2): 304-309. Aug. 1, 1990.
95. LARSEN, U. Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology* 29: 285-291. 2000.
96. LARSEN, U., CHUNG, W., and DAS GUPTA, M. Fertility and son preference in Korea. *Population Studies* 52(3): 317-325. Nov. 1998.
97. LAWOYIN, T.O. and OYEDIRAN, A.B. A prospective study on some factors which influence the delivery of low birth weight babies in a developing country. *African Journal of Medicine and Medical Sciences* 21(1): 33-39. Oct. 1992.
98. LESOTHO MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE and WORLD HEALTH ORGANIZATION. Lesotho Safe Motherhood Initiative women's health survey. Focus group discussions. [Draft]. Lesotho, Apr. 2, 1995. 45 p. (Unpublished)
99. LINDSTROM, D.P. and BERHANU, B. The effects of breastfeeding and birth spacing on infant and early childhood mortality in Ethiopia. *Social Biology* 47(1-2): 1-17. Spring/ Summer 2000.
100. MADISE, N.J. and DIAMOND, I. Determinants of infant mortality in Malawi: An analysis to control for death clustering within families. *Journal of Biosocial Science* 27(1): 95-106. Jan. 1995.
101. MAHFOUZ, A.A., EL-SAID, M.M., ALAKHIA, W., BADAWI, I.A., AL-ERIAN, R.A., and ABDEL MONEIM, M. Anemia among pregnant women in the Asir region, Saudi Arabia: An epidemiologic study. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 25(1): 84-87. Mar. 1994.
102. MANDA, S.O. Birth intervals, breastfeeding and determinants of childhood mortality in Malawi. *Social Science and Medicine* 48(3): 301-312. Feb. 1999.
103. MARTINE, G. Brazil's fertility decline, 1965-1995: A fresh look at key factors. *Population and Development Review* 22(1): 47-75. Mar. 1996.
104. MATHEMA, N. (World Education) [Birth Spacing Messages] Personal communication, August 26, 2002.
105. MBOUP, G. and SAHA, T. Fertility levels, trends and differentials. Calverton, Maryland, Macro International, Demographic and Health Surveys, Aug. 7 1998. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 28) 78 p.
106. MCCAULEY, A., ROBEY, B., BLANC, A., and GELLER, J. Opportunities for women through reproductive choice. *Population Reports, Series M, No. 12*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1994. 39 p.
107. MERCHANT, K., MARTORELL, R., GONZALEZ-COSSIO, T., RIVERA, J., and HAAS, J.D. Maternal nutritional depletion: Evidence of responses in women to frequent reproductive cycling. Washington, DC, International Center for Research on Women, Mar. 1990. (Maternal Nutrition and Health Care Program Research Report Series No. 3) 38 p.
108. MHLOYI, M. and MAPFUMO, O. Zimbabwe: Impact of family planning on women's participation in the development process. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International and University of Zimbabwe, 1998.
109. MILLER, J.E. Birth intervals and perinatal health: An investigation of three hypotheses. *Family Planning Perspectives* 23(2): 62-70. Mar./Apr. 1991.
110. MILLER, J.E. Birth order, interpregnancy interval and birth outcomes among Filipino infants. *Journal of Biosocial Science* 26(2): 243-259. Apr. 1994.
111. MILLER, J.E., TRUSSELL, J., PEBLEY, A.R., and VAUGHAN, B. Birth spacing and child mortality in Bangladesh and the Philippines. *Demography* 29(2): 305-318. May 1992.
112. MILLMAN, S.R. and COOKSEY, E.C. Birth weight and the effects of birth spacing and breastfeeding on infant mortality. *Studies in Family Planning* 18(4): 202-212. Jul./Aug. 1987.
- *113. MISHRA, S.B. Birth spacing methods in the Indian family welfare programme. In: M.E. Khan, G.C., ed. *Spacing as an Alternative Strategy*. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996.
114. MOZUMDER, A.B., BARKAT E. K., KANE, T.T., LEVIN, A., and AHMED, S. The effect of birth interval on malnutrition in Bangladeshi infants and young children. *Journal of Biosocial Science* 32(3): 289-300. Jul. 2000.
115. MUHURI, P.K. and MENKEN, J. Adverse effects of next birth, gender, and family composition on child survival in rural Bangladesh. *Population Studies* 51(3): 279-294. Nov. 1997.
116. MUHWAVA, W. and TIMAEUS, I. Fertility decline in Zimbabwe. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1996. (Center for Population Studies Research Paper No. 96-1) (Available: <<http://www.lshtm.ac.uk/eps/cps/cpsrp961.pdf>>, Accessed Sep. 4, 2002)
117. NATH, D.C. and LAND, K.C. Sex preference and third birth intervals in a traditional Indian society. *Journal of Biosocial Science* 26(3): 377-388. Jul. 1994.
118. NATH, D.C., LAND, K.C., and GOSWAMI, G. Effects of the status of women on the first-birth interval in Indian urban society. *Journal of Biosocial Science* 31(1): 55-69. Jan. 1999.
119. NATH, D.C., LAND, K.C., and SINGH, K.K. The role of breast-feeding beyond postpartum amenorrhoea on the return of fertility in India: A life table and hazards model analysis. *Journal of Biosocial Science* 26(2): 191-206. Apr. 1994.
120. NDUJATI, R., JOHN, G., MBORI-NGACHA, D., RICHARDSON, B., OVERBAUGH, J., MWATHA, A., NDINYACHOLA, J., BWAYO, J., ONYANGO, F.E., HUGHES, J., and KREISS, J. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: A randomized clinical trial. *JAMA* 283(9): 1167-1174. Mar. 1, 2000.
121. NEEL, N.R. and ALVAREZ, J.O. Maternal risk factors for low birth weight and intrauterine growth retardation in a Guatemalan population. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 25 No. 2, 1991. p. 152-165.
122. NIGERIA FEDERAL MINISTRY OF HEALTH. Well spaced children are every parent's joy. Lagos, Health Education Division, Poster, 1990.
123. NYARKO, P., MADISE, N., and DIAMOND, I. Infant mortality and the pace of childbearing in Ghana: Some evidence of son preference. Proceedings of the Third African Population Conference: The African Population in the 21st Century, Durban, South Africa, Dec. 6-10, 1999. Department of Welfare, Republic of South Africa, 619-644 p.
124. OBISESAN, K.A., ADEYEMO, A.A., OHAERI, J.U., ARAMIDE, F.A., and OKAFOR, S.I. The family planning aspects of the practice of traditional healers in Ibadan, Nigeria. *West African Journal of Medicine* 16(3): 184-190. Jul./Sep. 1997.
- *125. OFOSU, Y. Breast-feeding and birth spacing: Erosion of West African traditions. In: Adejolu, A. and Oppong, C., eds. *Gender, Work, and Population in Sub-Saharan Africa*. London, James Currey, 1994. p. 173-190.
126. OHENEBASA-YAKYI, Y. and HEATON, T.B. Effects of socio-demographic variables on birth intervals in Ghana. *Journal of Comparative Family Studies* 24(1): 113-135. Spring 1993.
- *127. OMER, M.M. Factors affecting birth interval in Egypt. In: CDC 23rd Annual Seminar on Population and Development Issues in the Middle East, Africa and Asia, 1993. Research Monograph Series No. 23. Cairo, Cairo Demographic Centre, 1994. p. 633-658.
128. PALLONI, A., PINTO AGUIRRE, G., and LASTIRI, S. The effects of breast-feeding and the pace of childbearing on early childhood mortality in Mexico. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 28(2): 93-111. Jun. 1994.
129. PARK, C.B., ISLAM, M.A., CHAKRABORTY, N., and KANTNER, A. Partitioning the effect of infant and child death on subsequent fertility: An exploration in Bangladesh. *Population Studies* 52(3): 345-356. Nov. 1998.
130. PARK, C.B., SIASAKUL, S., and SAENGTIENCHAI, C. Effect of birth spacing on infant survival in Thailand: Two-stage logit analysis. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 25(1): 50-59. Mar. 1994.
- *131. PATHAK, K.B., FEENEY, G., and LUTHER, N.Y. Alternative contraceptive methods and fertility decline in India. Mumbai, India, International Institute for Population Sciences, Mar. 28,

1998. 28 p. (Available: <www2.ewc.hawaii.edu/pop/misc/subj-7.pdf>, Accessed Jul. 29, 2002)
132. PATHAK, K.B. and PANDEY, A. Tempo of fertility in Orissa: A study based on birth intervals. *Journal of Family Welfare* 39(4): 1-8. Dec. 1993.
133. PATHFINDER INTERNATIONAL. Changing attitudes among newly married couples in Bangladesh. *Changing Lives: Highlights of Pathfinder International's Projects Around the World*, Spring 1996. p. 1-2.
134. PEBLEY, A.R. and MILLMAN, S.R. Birthspacing and child survival. *International Family Planning Perspectives* 12(3): 71-79. Sep. 1986.
135. PETRO-NUSTAS, W. Men's knowledge of and attitudes toward birthspacing and contraceptive use in Jordan. *International Family Planning Perspectives* 25(4): 181-185. Dec. 1999.
136. PILE, J. (EngenderHealth) [EngenderHealth Birth Spacing Activities] Personal communication, Aug. 26, 2002.
137. PLANNED PARENTHOOD ASSOCIATION OF GHANA (PPAG). Too close. Accra, Ghana, PPAG, Poster. 1995.
138. POPULATION ACTION INTERNATIONAL (PAI). Contraceptive choice: Worldwide access to family planning. 1997 report on progress towards world population stabilization. Washington, DC, PAI, 1997.
139. PRAKASAM, C.P., SINHA, U.P., KHAN, A.G., and REDDY, H. Influence of loss of child on mother's reproduction. Bombay, India, International Institute for Population Sciences, 1993. (IIPS Research Report Series No. 4) 65 p.
140. PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH. Infertility in developing countries. *Outlook* 15(3): 1-6. Nov. 1997. (Available: <www.path.org/outlook/html/15_3.htm#infert>, Accessed Aug. 29, 2002)
- *141. RAFALIMANANA, H. and WESTOFF, C.F. Potential effects on fertility and child health and survival of birth-spacing preferences in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 31(2): 99-110. Jun. 2000.
- *142. RAFALIMANANA, H. and WESTOFF, C.F. Gap between preferred and actual birth intervals in sub-Saharan Africa: Implications for fertility and child health. Calverton, Maryland, Macro International, Mar. 7, 2001. (DHS Analytical Studies No. 2) 21 p.
143. RAHIM, A. and RAM, B. Emerging patterns of child-spacing in Canada. *Journal of Biosocial Science* 25(2): 155-167. Apr. 1993.
144. RAHMAN, M. The effect of child mortality on fertility regulation in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 29(3): 268-281. Sep. 1998.
145. RAHMAN, M. and DAVANZO, J. Gender preference and birth spacing in Matlab, Bangladesh. *Demography* 30(3): 315-332. Aug. 1993.
146. RAJARETNAM, T. Popularising spacing methods in India: The need and needed efforts. *Journal of Family Welfare* 40(1): 38-43. Mar. 1994.
147. RATHNAM, P.S. Education as an indicator of women's status and its impact on fertility and contraception in Pakistan. A multivariate analysis. University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, 1995. 220 p.
148. REDDY, P.H. A qualitative study of quality of care in rural Karnataka. Population Council, 1994. 44 p. (Available: <http://www.popcouncil.org/pdfs/aneorta/pdfs/india/sr/sr03.pdf>, Accessed Jul. 22, 2002)
149. RENNE, E.P. Changing patterns of child-spacing and abortion in a northern Nigerian town. Princeton, New Jersey, Princeton University, Office of Population Research, 1997. (Office of Population Research Working Paper No. 97-1) 24 p.
150. RINEHART, W., KOLS, A., and MOORE, S. Healthier mothers and children through family planning. *Population Reports, Series J*, No. 27. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1984.
- *151. ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSHAN, I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports, Series L*, No. 8. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, September 1996. 35 p.
152. RODRIGUEZ, G. Spacing and limiting components of the fertility transition in Latin America. *Notas de Poblacion* 20(56): 57-86. Dec. 1992.
153. RONSMANS, C. Birth spacing and child survival in rural Senegal. *International Journal of Epidemiology* 25(5): 989-997. Oct. 1996.
154. RONSMANS, C. and CAMPBELL, O. Short birth intervals don't kill women: Evidence from Matlab, Bangladesh. *Studies in Family Planning* 29(3): 282-290. Sep. 1998.
- *155. ROSERO-BIXBY, L. Assessing and interpreting birth spacing goals in Costa Rica. *Journal of Biosocial Science* 30(2): 181-91. Apr. 1998.
- *156. ROSS, J. and WINFREY, W. Unmet need in the developing world and former USSR: An updated estimate. *International Family Planning Perspectives* (submitted). forthcoming.
157. ROSS, J.A. and WINFREY, W. Contraceptive use, intention to use, and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives* 27(1): 20-27. Mar. 2001. (Available: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2702001.html>, Accessed Jul. 29, 2002)
158. RURAL SERVICE DELIVERY PARTNERSHIP (RSDP) and BANGLADESH CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (BCCP). Birth spacing sustains mother's and child's health. Our motto is your satisfaction with improved family health care. Dhaka, Bangladesh, RSDP and BCCP, Poster. 1996.
- *159. RUTSTEIN, S. Effect of birth intervals on mortality and health: Multivariate cross-country analyses. [Power Point Presentation]. Presented at the Champions Meeting on Birth Spacing, Washington, DC, Jan. 31, 2002. CATALYST Consortium. 16 p.
160. RUTSTEIN, S. Effect of birth intervals on mortality and health: Multivariate cross-country analyses with data from Egypt and Pakistan. Power Point Presentation. 2002.
- *161. RUTSTEIN, S. Relationships between pregnancy intervals and perinatal mortality. Proceedings of the 2nd Champions meeting on birth spacing, Washington, DC, May 2, 2002. CATALYST Consortium, 15-22 p.
162. RUTSTEIN, S.O. Effect of birth intervals on mortality and health: Multivariate cross-country analyses with additional information for Nigeria. Power Point Presentation. 2002.
163. SATIA, J.K. Strategic perspectives on promoting spacing methods. In: Khan, M.E. and Cernada, G., eds. Spacing as an Alternative Strategy. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996. p. 151-170.
164. SETTY-VENUGOPAL, V., JACOBY, R., and HART, C. Family planning logistics: Strengthening the supply chain. *Population Reports, Series J*, No. 51, Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Winter 2002. 39 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/prj/51edsum.shtml>, Accessed Aug. 2, 2002)
165. SHAH, I.H. and KHANNA, J. Breast-feeding, infant health and child survival in the Asia-Pacific context. *Asia-Pacific Population Journal* 5(1): 25-44. Mar. 1990. (Available: <www.unescap.org/pop/journal/1990/v05n1a2.pdf>, Accessed Sep. 3, 2002)
166. SHAPIRO, D. and TAMBASHE, O. Employment, education, and fertility behavior in Kinshasa: Some preliminary evidence. *Population Research and Policy Review* 16(3): 259-287. Jun. 1997.
167. SHIPP, T.D., ZELOP, C.M., REPKE, J.T., COHEN, A., and LIEBERMAN, E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstetrics and Gynecology* 97(2): 175-177. 2001/2.
168. SHRESTHA, A., BIMALA, M., and WITTET, S. How to Say "Birth Spacing" in Kathmandu. <http://www.path.org/aboutf_birth_spacing.htm> Program for Appropriate Technology, 1991.
169. SHULTS, R.A., ARNDT, V., OLSHAN, A.F., MARTIN, C.F., and ROYCE, R.A. Effects of short interpregnancy intervals on small-for-gestational age and preterm births. *Epidemiology* 10(3): 250-254. May 1999.
170. SIBANDA, A. Reproductive change in Zimbabwe and Kenya: The role of the proximate determinants in recent fertility trends. *Social Biology* 46(1-2): 82-99.
171. SIEGA-RIZ, A.M. and ADAIR, L.S. Biological determinants of pregnancy weight gain in a Filipino population. *American Journal of Clinical Nutrition* 57(3): 365-372. Mar. 1993.
172. SINGH, S. and SAMARA, R. Early marriage among women in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 22(4): 148-157 & 175. Dec. 1996. (Available: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2214896.pdf>, Accessed Jul. 19, 2002)
173. SKJAERVEN, R., WILCOX, A.J., and LIE, R.T. The interval between pregnancies and the risk of preterm. *New England Journal of Medicine* 346(1): 33-8. Jan. 3, 2002.
174. SOCIAL MARKETING FOR CHANGE. The Jordan Birth Spacing Project. SOMARC Highlights, No. 2. Washington, DC. The Futures Group International, Apr. 1996. p. 4. (Available: <http://www.figi.com/hl_4_96.asp>, Accessed Aug. 3, 2002)
175. SRIVASTAVA, J.N. Impact of birth spacing on child survival in rural Uttar Pradesh. *Demography* 19(1): 141-146. Jan./Jun. 1990.
176. STATE INNOVATIONS IN FAMILY PLANNING SERVICES AGENCY (SIFPSA). For a healthy family, wait for three years before your second child. You can get these family planning methods from government health workers, hospitals, and health centers for free. Lucknow, India, SIFPSA, Poster. 1996.
177. STOUT, I. (Catalyst Consortium) [Catalyst Consortium Activities] Personal communication, Jul. 9, 2002.
- *178. STOUT, I., PAREJA, R., and RICHARDSON, L. Champions meeting on birth spacing. Washington, DC, The CATALYST Consortium, Jan. 2002. 19 p.
- *179. STOVER, J. Revising the proximate determinants of fertility framework: What have we learned in the past 20 years? *Studies in Family Planning* 29(3): 255-267. Sep. 1998. (Available: <http://www.figi.com/reproxd.f.asp>, Accessed Aug. 3, 2002)
180. SWENSON, I. and THANG, N.M. Determinants of birth intervals in Vietnam: A hazard model analysis. *Journal of Tropical Pediatrics* 39(3): 163-167. Jun. 1993.
181. TAYLOR, C.E., NEWMAN, J.S., and KELLY, N.U. The child survival hypothesis. *Population Studies* 30(2): 263-278. Jul. 1976.
182. TOURE, A. Indonesia, an example to consider. *Bien-Etre* 17(5). Jan./Mar. 1994.
183. TRUSSEL, J. and MENKEN, J. Early childbearing and subsequent fertility. *Family Planning Perspectives* 10(4): 209-218. Jul./Aug. 1978.
184. TULASIDHAR, V.B. Maternal education, female labor force participation, and child mortality: Evidence from the Indian census. *Health Transition Review* 3(2): 177-190. 1993.
185. UDJO, E.O. The effect of child survival on fertility in Zimbabwe: A micro-macro level analysis. *Journal of Tropical Pediatrics* 43(5): 255-266. Oct. 1997.
186. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. The state of the world's children. Oxford, Oxford University Press, 1993.
187. UNITED STATES CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Family planning methods and practice: Africa. 2nd ed. Atlanta, Georgia, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Reproductive Health, CDC, 1999. 698 p. (Available: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dhrh/africa/fpmp.htm>, Accessed Aug. 3, 2002)
188. UPADHYAY, U.D. Informed choice in family planning. Helping people decide. *Population Reports, Series J*, No. 50, Spring 2001. p. 39. (Available: <http://www.jhuccp.org/prj50edsum.stm#top>, Accessed Aug. 3, 2002)
189. VALADEZ, J., VARGAS, W., SEIMS, L.R., MIJONI, B., LEBURG, C., and JOHNSON, B. Umoyo Network, Malawi: Baseline survey results for six partner organizations. Aug. 2001. 116 p.
190. VAN DE WALLE, E. and VAN DE WALLE, F. Post-partum sexual abstinence in tropical Africa. In: Ronald Gray, H.L., and Alfred Spira, ed. *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*. Oxford, England, Clarendon Press, 1993. p. 446-460.
191. VARMA, A. Indonesia: Faith and family planning. In: Freeman, J. and Gupte, P. All of Us. Births and a Better Life: Population, Development, and Environment in a Globalized World. New York, Earth Times Books, 1999. p. 96-99.
192. VERNON, R. and FOREIT, J. How to help clients obtain more preventive reproductive health care. *International Family Planning Perspectives* 25(4): 200-202. Dec. 1999.
193. WALRAVEN, G., SCHERF, C., WEST, B., EKPO, G., PAINE, K., COLEMAN, R., BAILEY, R., and MORISON, L. The burden of reproductive-organ disease in rural women in The Gambia, West Africa. *Lancet* 357(9263): 1161-1167. Apr. 14, 2001.
194. WARD, V.M., BERTRAND, J.T., and PUAC, F. Exploring sociocultural barriers to family planning among Mayans in Guatemala. *International Family Planning Perspectives* 18(2): 59-65. Jun. 1992.
195. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Unmet need: 1990-1994. Calverton, Maryland, Macro International, June 1995. (DHS Comparative Studies No. 16) 55 p.
196. WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A. Trends in the demand for family limitation in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 26(2): 56-62, 97. Jun. 2000.
197. WESTOFF, C.F., BLANC, A.K., and NYBLADE, L. Marriage and entry into parenthood. Calverton, Maryland, Macro International, Mar. 1994. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 10) 47 p.
198. WESTOFF, C.F. and OCHOA, L.H. Unmet need and the demand for family planning. Columbia, Maryland, Institute for Resource Development/Macro International, Jul. 6, 1991. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 5) 37 p.
199. WHITE, M., DJAMBA, Y., and DANG NGUYEN, A. Implications of economic reform and spatial mobility for fertility in Vietnam. *Population Research and Policy Review* 20(3): 207-228. Jun. 2001.
- *200. WHITWORTH, A. and STEPHENSON, R. Birth spacing, sibling rivalry, and child mortality in India. *Social Science and Medicine* In Press, Uncorrected Proof. 2002.
201. WINIKOFF, B. The effects of birth spacing on child and maternal health. *Studies in Family Planning* 14(10): 231-245. Oct. 1983.
202. WINIKOFF, B. and CASTLE, M.A. The maternal depletion syndrome: Clinical diagnosis or eco-demographic condition? Presented at the International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, Kenya, Oct. 5-9, 1987. 12 p.
203. WINKVIST, A., RASMUSSEN, K.M., and HABICHT, J.P. A new definition of maternal depletion syndrome. *American Journal of Public Health* 82(5): 691-694. May 1992.
204. WITTET, S. (PATH) [Birth Spacing Terms in Nepal] Personal communication, August 21, 2002.
205. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. [Draft]. 2nd ed. Geneva, WHO, May 2000.
206. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) TASK FORCE ON METHODS FOR THE NATURAL REGULATION OF FERTILITY. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. I. Description of infant feeding patterns and of the return of menses. *Fertility and Sterility* 70(3): 448-460. Sep. 1998.
207. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) TASK FORCE ON METHODS FOR THE NATURAL REGULATION OF FERTILITY. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. II. Factors associated with the length of amenorrhea. *Fertility and Sterility* 70(3): 461-471. Sep. 1998.
208. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) TASK FORCE ON METHODS FOR THE NATURAL REGULATION OF FERTILITY. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. *Fertility and Sterility* 72(3): 431-440. Sep. 1999.
209. WORTHMAN, C.M., JENKINS, C.L., STALLINGS, J.F., and LAI, D. Attenuation of nursing-related ovarian suppression and high fertility in well-nourished, intensively breast-feeding Ameal women of lowland Papua New Guinea. *Journal of Biosocial Science* 25(4): 425-443. Oct. 1993.
210. YASMIN, S., OSRIN, D., PAUL, E., and COSTELLO, A. Neonatal mortality of low-birth-weight infants in Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 79 Geneva. World Health Organization, 2001. p. 608-614.
211. YOUNT, K.M., LANGSTEN, R., and HILL, K. The effect of gender preference on contraceptive use and fertility in rural Egypt. *Studies in Family Planning* 31(4): 290-300. Dec. 2000.
212. ZENGER, E. Siblings' neonatal mortality risks and birth spacing in Bangladesh. *Demography* 30(3): 477-488. Aug. 1993.
- *213. ZHU, B.P., ROLFS, R.T., NANGLE, B.E., and HORAN, J.M. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. *New England Journal of Medicine* 340(8): 589-594. Feb 25, 1999.